



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMERICA

**PERU | POLITICAS  
EN SALUD**

USAID **50** ANIVERSARIO

## **QUARTERLY REPORT October-December 2011**

### **USAID/Peru/Políticas en Salud**

**Contract No. GHS-I-10-07-00003-00**

January 06, 2012

*Prepared for:*

**Luis Seminario, COTR**  
USAID/Peru Health Office  
Av. Encalada s.n.  
Lima - Perú

*Submitted by:*

**Abt Associates Inc.**  
Av. La Floresta 497 Ofic. 101  
San Borja  
Lima - Perú

**In Partnership with:**

Futures Group International

This document has been elaborated by USAID|PERU|Políticas en Salud Project, financed by the United States Agency for International Development (USAID) under contract No. GHS-I-10-07-00003-00.

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

**Quarterly Report Oct-Dec 2011**

**Table of Contents**

**Acronyms .....iv**

**Executive Summary ..... 5**

**1. Progress..... 7**

    1.1 Health Sector Governance ..... 8

        Strengthen and expand decentralization of the health sector..... 8

            1.1.1 Health sector issues have been debated publicly in the political transition at the national and regional level..... 8

            1.1.2 The Intergovernmental Health Committee (CIGS) has agreed on, approved and is implementing a health agenda ..... 9

            1.1.3 The MOH has designed and validated a decentralized management model for key national health priorities, including family planning and reproductive health ..... 10

            1.1.4 Regional Health Directorate (RHD) and health networks in one priority region have been reorganized and modernized to carry out their new functions under decentralization..... 11

    1.2 Health Sector Financing and Insurance ..... 12

        1.2.1 The MOH has revised the clinical content and standard costing of the Health insurance essential plan (PEAS), so as to ensure gradual increase in health coverage ensuring appropriate coverage of MCH, FP/RH, HIV/AIDS and TB related health services 12

        1.2.2 The MOH has designed a health financing reform to ensure financing of the health sector..... 12

        1.2.3 MOH has designed a new Budgetary Program in the framework of the implementation of performance budgeting..... 12

        1.2.4 Regional plan for improved management of health financial flows has been approved and is being implemented in one region ..... 13

        1.2.5 RHD in one priority region has formulated multiyear health investment plan (PMI) 13

    1.3 Health Information ..... 14

        The capacity of public health facilities providers to collect, analyze, and use data has been strengthened in six regions..... 14

1.3.1	National data quality standards are established and improved .....	14
1.3.2	Regional plans for improved collection, analysis, dissemination and use of information by health micro networks have been approved and implemented in three regions	14
1.4	Health Workforce .....	17
1.4.1	Dialogue between experts and policy makers to design civil service policies in the health sector .....	17
1.4.2	Design and validation of a broad based system for planning health workforce has taken place in one region.....	17
1.4.3	Design and validation of regional human resources management system has taken place in one region .....	17
1.4.4	Development of job competencies profiles for health managers and systems for evaluation of competencies and supervision designed and validated in one region.....	19
1.5	Medical Products, Vaccines and Technologies .....	19
1.5.1	Design and validation of the methodology to plan and forecast needs for pharmaceuticals and supplies in one region .....	19
1.5.2	Regional plan to improve drug logistics system to ensure the quality and availability of pharmaceuticals has been approved and is being implemented in one region	20
<b>2.</b>	<b>Results Reporting Table .....</b>	<b>21</b>
<b>3.</b>	<b>Planned Activities.....</b>	<b>26</b>
<b>4.</b>	<b>List of Upcoming Events.....</b>	<b>32</b>
	<b>Appendix 1: Political Organizations Appointed to the APPS Coordination Committee 2012-2016.....</b>	<b>33</b>
	<b>Appendix 2: Procedures Guidelines for the implementation of effective interventions for the reduction of chronic malnutrition.....</b>	<b>32</b>
	<b>Appendix 3: Geographical Allocation of Health Resources .....</b>	<b>71</b>
	<b>Appendix 4: Implementation Agreement of GalenHos 1<sup>st</sup> level in Ayacucho .....</b>	<b>86</b>
	<b>Appendix 5: Training Request of GalenHos 1<sup>st</sup> level in San Martin.....</b>	<b>90</b>
	<b>Appendix 6: Written Evaluation Results of Human Resources Training in Ayacucho.....</b>	<b>91</b>

**Appendix 7: Monetary and non monetary incentives or recruitment and retention of health professionals in rural areas: a Research Proposal ..... 93**

**Appendix 8: Processes manual for managing the supply of pharmaceutical products and medical supplies in San Martin Region ..... 116**

## Acronyms

APPS	Political Parties Health Agreement
CAS	Service Administration Contract
CIES	Social and Economic Research Consortium
CIGS	Intergovernmental Health Committee
DARES	MOH Procurement of Strategic Resources Directorate
DGSP	MOH Persons-Health General Directorate
DO	MOH Decentralization Office
FP/RH	Family Planning and Reproductive Health
HHR	Health Human Resources
HN	Health Network
IT	Information Technology
JNE	National Electoral Entity
MCH	Maternal and Child Health
MED	Evaluation Tool on Health Decentralization
MEF	Ministry of Economics and Finance
MIDIS	Ministry of Social Development and Inclusion
MOH	Ministry of Health
NDI	National Democratic Institute
OGEI	MOH Statistics and Informatics General Office
OGPP	MOH Planning and Budgeting General Office
OGRH	Human Resources General Office
PAHO	Pan American Health Organization
PAN	Results Based Budget Articulated Nutrition Program
PCM	Prime Minister's Office
PEAS	Health Insurance Essential Plan
PMI	Health Investment Multiannual Plan
PpR	MEF Results Based Budget
RG	Regional Government
RHD	Regional Health Directorate
SERVIR	National Authority of Civil Service
SIGA	MEF Integrated System for Management
SIS	Public Health Insurance
SMN	Results Based Budget Maternal Health Program
USAID	United States of America Agency for International Development

## Executive Summary

USAID/Peru, through the Health Policy Reform Project, seeks to strengthen five components of the health system: Governance, Financing, Health Information, Human Resources and Medical Products, ensuring that the necessary policies and policy-related capacities to sustain health reform are in place by the end of a 5-year effort. The aim is to promote substantial improvements particularly within primary care.

During the first two weeks of this quarter –the last of 2011- the Project completed and presented to USAID 14 deliverables covering the main achievements of the first 18 months of Project implementation. With the presentation of these deliverables, some activities were closed, and others continued with a new orientation based in the assessment of the implementation period and the analysis of the political context 100 days after the inauguration of the new national government. By the end of this quarter, USAID had the official meeting to present its health strategy and projects to the new Minister of Health; although the Project has had in advance technical meetings with some of the MOH areas: Persons-Health General Directorate (DGSP), Procurement of Strategic Resources Directorate (DARES), Human Resources Development General Directorate (DGRH), Human Resources General Office (OGRH), Statistics and Informatics General Office (OGEI), Planning and Budgeting General Office (OGPP), and Decentralization Office (DO). Close working relationships and coordination at the national level were also reinitiated with the Ministry of Economics and Finance (MEF), the Decentralization Secretariat of the Prime Minister's Office (PCM), the Ministry of Social Development and Inclusion (MIDIS), and the National Authority of Civil Service (SERVIR).

During this quarter, the Project's work in the Governance component was focused in providing technical assistance to the Ministry of Health (MOH) in the organization of the VII Ordinary Meeting of the Intergovernmental Health Committee (CIGS), assigning a consultant to the MOH Decentralization Office. At the regional level, the Project continued providing technical assistance to the Regional Government (RG) of San Martin in the design and preparation of the conditions to start the Program for the Reduction of Chronic Malnutrition (PAIMNI), and additional support was provided in the implementation of the Health Networks new organization -approved in November in the context of the Regional Health Directorate (RHD) reorganization process-. In Huanuco, the Project began a technical assistance at the request of the new RHD director, making a rapid institutional diagnosis.

Also within the Governance component, the Project provided technical assistance to the Health Agreement Political Parties (APPS) to close the 2010-2011 cycle of policy dialogue and define the contents of the new cycle for the period 2012-2013.

Within the Financing component, the Project finished the review and consistency of the Health Insurance Essential Plan (PEAS), completing 100% of the revision. This revision is consolidated in a handbook which includes the clinical variants, medical procedures and drugs related to the 140 medical conditions of the PEAS. The Project also developed a fourth product about Finance Reform to establishing explicit criteria to guide decisions on how to distribute the budget among the Regions producing benefits for their populations.

The Multiannual Investment Plan (PMI) was finished in San Martín and initiated in Ayacucho, where the MOH will assess the complementarity of this investment methodology with the one that defines functional health networks.

In the area of health information systems (HIS), the last quarter of 2011 was marked by the increased dynamics of the GalenHos implementation process. Two regions, San Martín and Ayacucho, have started an accelerated implementation process that will end in its first phase in the first quarter of 2012. Besides, new authorities at the MOH have confirmed the relevance of the specific piece of work that the Project started in the interoperability standard arena (e.g. imaging standard). Finally, the coordination between the Project and SUNASA has led to a first draft of the agreement to be signed in order to have SUNASA as an institutional IT platform for health facilities that do not have specific software solutions for managing their health provision operations.

The Project's work in health human resources (HHR) was focused in the validation of the software to calculate human resources gap and in the provision of specific technical assistance to three regions based in the analysis of the HHR Management System. The calculation of the gap continued in San Martín and was initiated in Ayacucho. Also in Ayacucho, the Project provided technical assistance to the RHD in the definition of the competencies profiles in human resources management, based in the processes and functions defined in the HHR system.

Finally, the Logistic component activities were centered in the regions of Ayacucho, San Martín and Ucayali. In the first two, the technical assistance prioritized the processes of estimating needs of pharmaceutical products and medical supplies, purchase implementation and management of procurement processes. In San Martín, the Project continued the validation and implementation of its manual of supply for medical products and supplies, with emphasis in the distribution.

## 1. Progress

During this period, the Project trained and/or provided technical assistance to 957 participants who attended to our policy dialogue conferences, workshops and technical meetings (Table 1). The launching of the Project information system designed for the first level of attention (GalenHos Primary Care) concentrated the largest percentage of participants, followed by the activities of governance, which included the political parties' dialogue meetings. More specialized activities were organized under financing, human resources and medical products & supplies systems, which were mainly set thru technical workshops addressed to regional health officials.

**Table1: Number of participants to technical and training activities per Project Component**

Region	Number of participants			Percentage
	Women	Men	Total	
Governance	74	145	219	23%
Malnutrition reduction program	68	28	96	10%
Financing	58	63	121	13%
Information	115	167	282	29%
Human Resources	39	80	119	12%
Medical supplies	41	79	120	13%
<b>Total</b>	<b>395</b>	<b>562</b>	<b>957</b>	<b>100%</b>
<b>Percentage</b>	<b>41.3%</b>	<b>58.7%</b>	<b>100.0%</b>	

Project activities were mainly implemented at the regional level, with more than 90% of the total number of participants (Table 2). The greatest number of participants was concentrated in San Martín where the Project focused activities from the five components, under the regional strategy for the reduction of chronic malnutrition.

**Table2: Number of participants to technical and training activities per Region**

Region	Number of participants			Percentage
	Women	Men	Total	
Ayacucho	92	185	277	29%
San Martín	231	285	516	54%
Ucayali	33	17	50	5%
Other regions	39	75	114	12%
<b>Total</b>	<b>395</b>	<b>562</b>	<b>957</b>	<b>100%</b>

There is a slight balance in the gender composition of participants, with a 57% presence of men and 41% of women. This is related with the gender employment ratios in some health management positions –high management, human resources, logistics- that favor men against women.

## 1.1 Health Sector Governance

### Strengthen and expand decentralization of the health sector

During this quarter, the Project's work in this component was focused in providing technical assistance to the Ministry of Health (MOH) in the organization of the VII Ordinary Meeting of its Intergovernmental Health Committee (IHC), assigning a consultant to the MOH Decentralization Office. At the regional level, in San Martin the technical assistance was centered on the implementation of the new organization of its Health Networks, approved in November in the context of the RHD reorganization process. While in Huanuco, the Project began a technical assistance at the request of the new RHD director, making a rapid institutional diagnosis.

#### 1.1.1 Health sector issues have been debated publicly in the political transition at the national and regional level

During this quarter the Project –in alliance with the National Democrat Institute (NDI) and the Social Economic Research Consortium (CIES) - provided technical assistance to the Health Agreement Political Parties (APPS) to close the 2010-2011 cycle of policy dialogue and define the contents of the new cycle for the period 2012-2013.

Regarding the end of the 2010-2011 cycle, the following activities were done:

- a. The completion and presentation of the systematization of six years of APPS's experience.
- b. The final subscription of the political agreements on **non-transmissible diseases** and **decentralization in Metropolitan Lima**. These agreements will be printed by January 2012 and presented to major health authorities and entities linked to the sector.
- c. The special balance session of the period 2006-2011, which highlighted the continuation of the APPS.

The presentation of the systematization was received with great interest by the political parties. It identified the factors that contributed to the APPS 6-years continued experience: the political will of the political parties' representatives, the existence of clear consented rules, the methodology for consensus building, the neutral facilitation made by the partners – the Project, NDI and CIES- and the prior existence of a public health community.

To strengthen the APPS, the systematization recommended:

- To articulate the APPS to a space or institutionalized political dialogue initiative: the National Agreement, the National Electoral Entity (JNE) or government institutes/universities.

- To develop an ad-hoc support project that shall support the core facilitation to ensure neutrality and promote continuity.
- To strengthen the representativeness of the participants, renewing the appointment of teams.
- To generate public visibility of the group.
- To support the representatives in socializing information within their organizations so that they know the issues being discussed within the APPS.
- To strengthen interaction with their parliamentary representatives and particularly with the Congress Health Committee.

Finally, the year closed with the performance balance and achievements of the APPS in the period 2006-2011, under the coordination of the government party (APRA). The most important achievements were:

- Three political agreements prepared, signed and submitted: 2006-2011 Health Agenda, Health Stewardship, and Universal Health Insurance Financing.
- Two political agreements prepared and signed: Non-transmissible Diseases and Decentralization of Health Care in Metropolitan Lima.
- The systematization of the experience.

Regarding the definition of a new cycle for the period 2012-2013 the most noteworthy facts were the election of a new APPS Coordinating Committee and the definition of priority actions. The new Coordination Committee was elected in November, chaired by the representative of the Partido Nacionalista -the current government party-. The whole list of members of the Coordination Committee is in Appendix 1.

The election of the Committee and the number of members expressed the interest of political parties to maintain the APPS and make it more dynamic. Likewise, the new Coordinating Committee has raised the main lines of work for the years 2012-2013:

- Submit the last two signed political agreements to the current political actors.
- Develop a new round of dialogue and political consensus on health, prioritizing the issues set by the new national government.
- Implement an ongoing coordination with the Congress Health Commission around their health agenda.
- Propose the National Agreement to have the APPS as a specialized political forum on health.
- Develop and manage an ad-hoc project for funding and technical support of APPS.
- Resume work with youth of political parties for the development of a cycle on youth health.

### **1.1.2 The Intergovernmental Health Committee (CIGS) has agreed on, approved and is implementing a health agenda**

The new MOH authorities convened the VII CIGS Ordinary Meeting, held at Lima in November 8<sup>th</sup> and 9<sup>th</sup>, with the attendance of 22 Regional Governments, the representatives

of MOH, Lima Municipality and the Peruvian Municipalities Association (AMPE). The main objectives of this meeting were to introduce the CIGS' organization and functioning to the new MOH authorities and to elaborate its 2012 work plan. The agreements achieved were:

- To convene the two representatives of the RG to the CIGS meetings –instead of only one.
- To entrust to the financial committee a work plan for the formulation of the national health budget.
- To encourage coordinated health promotion activities between regional and local governments.
- To approve the 2012 CIGS' work plan with the following issues:
  - Improvement of health care: proposal of functional health networks, methodological proposal to address human resources problems.
  - Health functions fulfillment in regional and local governments: health competences of local governments, strengthening of health functions performance, process analysis of public health services.
  - Revising the health monitoring and evaluating tool (MED).
  - Strengthening of local governments in health.
  - Health financing: formulation of national health budget, strengthening of investments and financial management and budget programming.

Temporarily, the Project assigned a consultant to MOH Decentralization Office.

### **1.1.3 The MOH has designed and validated a decentralized management model for key national health priorities, including family planning and reproductive health**

The reduction of chronic malnutrition among children less than 5 years is a national health priority, shared by the Regional Government (RG) of San Martin, and a good example of how a national priority can be managed at the regional level. During the last quarter, the Project has worked in the design of the conceptual framework of decentralized management, identifying the main constraints at the regional and operational levels, and has continued providing technical assistance to the RG in the preparation of the starting points to launch the Regional Program for the Reduction of Chronic Malnutrition (PAIMNI) in January 2012. Specific technical assistance of the Project included the following activities:

- I. Rapid diagnosis of health facilities conditions to start the program:
  - a) Estimation of the minimum staff requirements in the health facilities within the program area,
  - b) Estimation of the purchase requirements of micronutrients for year 2012,
  - c) Identification of the equipment requirements for the Tarapoto Regional Hospital, as the main health facility for the attention of pregnant women and new born.
- II. Elaboration of the procedures guidelines for the implementation of effective interventions at the health facilities (Included in Appendix 2)

III. Elaboration of the Program operations manual

IV. Training sessions addressed to health facilities personnel in effective interventions related with delivery, new born and healthy children care, as well as counseling in breastfeeding and introduction of complementary food.

#### **1.1.4 Regional Health Directorate (RHD) and health networks in one priority region have been reorganized and modernized to carry out their new functions under decentralization**

In **San Martin**, the Project's regional advisor participated in a meeting held on November 16<sup>th</sup>, 2011, aimed at assessing the implementation of the new organization of the San Martin Health Networks, which organizational bylaw was approved in September and formalized in October by the RG. The conclusions that the participants agreed were: a) the constitution of a change management team in charge of leading the implementation process, with the participation of RHD officers; b) the elaboration of a communicational plan for the Health Network personnel; and c) the strengthening of the Health Network that functions as executive budgetary unit and the organization of its Micro Networks. The next activity would be a meeting with the technical assistance of the Project for undertaking this implementation.

The Project has also given technical advice for the revision and update of the RHD reorganization plan. The regional advisor has attended several meetings with the Executives Offices of Health Enforcement, Planning and Institutional Development to complete their correspondent activities. However, there were some difficulties with the Executive Office of Health Care because it was moved from Tarapoto to Moyobamba, keeping it with only five officers. This problem has slowed again the reorganization process, reducing the operative capacities of the Executive Office of Health Care. Currently, the Health Enforcement Office is in process of strengthening, completing its job positions.

Moreover, the Project completed its technical assistance in the formulation of RHD Personnel Assignment Roster and its correspondent Labor Position Index, which were presented by the RHD to the RG for its approval at the beginning of December. Nevertheless, the RG has pointed out objections to the proposal, because they are currently carrying out an internal reorganization process which would imply the disappearance of all support and advisory organizational branches of the RHD.

In **Huánuco**, the Project received from the RHD a request of technical assistance aimed at: a) Revise the RHD organizational bylaw; b) Organize its Health Networks and Micro Networks; c) Give a technical opinion of the new Health Networks and Micro Networks delimitation approved by the RG. To answer to this request the Project agreed with the RHD to make a rapid institutional diagnosis, with the purpose of identifying the main organizational problems to be tackled by the Director. This activity was developed between November 22<sup>nd</sup> and 24<sup>th</sup>, 2011. With the results of this rapid assessment, the Project is elaborating a proposal of organizational intervention.

## **1.2 Health Sector Financing and Insurance**

### ***Improve health coverage of poor and vulnerable populations***

#### **1.2.1 The MOH has revised the clinical content and standard costing of the Health insurance essential plan (PEAS), so as to ensure gradual increase in health coverage ensuring appropriate coverage of MCH, FP/RH, HIV/AIDS and TB related health services**

During this quarter, the Project finished -with the technical team appointed by the MOH DGSP- the review and consistency of the Health Insurance Essential Plan (PEAS), completing 100% of the revision. This work included the validation and revision of 1377 medical variants for 140 conditions of the PEAS, already consolidated in a handbook addressed to health providers and financers to understand the usefulness of the health benefit plan and its application. Additionally, this handbook has a CD to visualize each health condition, the set of clinical variants related to this condition and the medical procedures and drugs related to them. The publication of the whole PEAS revision is still pending of the MOH decision.

#### **1.2.2 The MOH has designed a health financing reform to ensure financing of the health sector**

In the third quarter; the Project concluded with the chapter about the absorption capacity of public health resources, noting that the problem depends not only in the amount of budget but in how this resource is allocated. The evidence shows that in recent years the allocation has been skewed to investment in infrastructure and this alone does not contribute to expanding the supply of services that the population demands.

In this quarter, the problem on how to allocate resources gained importance at the MOH due to the need to distribute among the regions the additional budget assigned by the MEF (S / 680 millions). In this context, the Project developed a fourth product about finance reform named "Geographical Allocation of Health Resources," with the purpose to establish explicit criteria to guide decisions on how to distribute the budget among the regions and distinguish between current and capital expenditures in individual health. These criteria seek improvements in the equity and efficiency of the geographical allocation of resources, with emphasis in the ability of regional governments to produce benefits to their respective populations. (see proposal in Appendix 3)

This proposal was submitted to the MOH OGPP in order to help them to compare the results with the rate of allocation that they are considering to use for the distribution of the additional budget.

### ***Ensure efficiency and equity in health resource allocation***

#### **1.2.3 MOH has designed a new Budgetary Program in the framework of the implementation of performance budgeting**

During 2011, the OGPP promoted the development of a new budgetary program of social protection in health, which was under evaluation by the MEF. An important fact to note is that while the program was being evaluated by the MEF, the MOH included in the 2012

public budget formulation, the budget chains of 11 health products that guarantee the extension of social protection in health.

In this quarter, the MEF has provided comments to the new budgetary program and the MOH has requested the Project assistance to absolve these observations and improve the design of the program. Nevertheless, no progress has been made because the MOH is focused in solving the additional budget allocation of the six strategic programs in operation.

#### **1.2.4 Regional plan for improved management of health financial flows has been approved and is being implemented in one region**

During the previous quarter, and given the importance of implementing the regional program for the reduction of children malnutrition in San Martin, this component assessed the level of execution and budget implementation capacity of the Region. The analysis showed low levels of performance and spending in products and activities of the strategic programs related to malnutrition. This implied the need to review the process of budget formulation of the current strategic programs (PAN and SMN) and review the adequacy of the use of Results Based Budget (PpR) tools such as SIGA-PpR or the data cubes proposed by the MEF.

During this quarter, the Project focused its technical assistance in analyzing the problems of 2011 budget execution and the errors in its formulation. The budget analysis carried out in San Martin and disaggregated by executing unit, products and services, and "generic spending," showed a funding gap and disorder in the budgetary allocation, which partially explains why results are not being achieved. The resource gap was estimated in 10 million.

Finally, the financing component together with the regional advisors of San Martin and Ucayali provided technical assistance to both Regions in the 2012 budget programming and the alignment of policy objectives –reduction of infant malnutrition- with the additional resources provided by the MOH to the regions.

#### **1.2.5 RHD in one priority region has formulated multiyear health investment plan (PMI)**

During this and the previous quarter, the Project conducted regional workshops in San Martin for the formulation of PMI across the region. These workshops began with the collection of information by officials of RHD and networks. After data validation, the following workshops continued the steps considered in the methodological guide approved by the MOH. The last workshop was to prioritize investments and thereby proceed to draft the Investment Plan to be approved by the RG.

Also during this period, the Project participated in the coordination meetings held by the MEF to review the MOH proposal for planning investments in health, which was well received. The MEF has valued the methodological design because it defines the requirements for investment in priority-based networks and thus reduces the current discretionary decision making process at the regional and local levels.

In Ayacucho, the issue of investment was prioritized by the current Regional Director of Health, so the Project hold a sensitization meeting on PMI to develop stakeholders

awareness in the issue of health infrastructure. This workshop motivated the regional team to define the work plan of the planning process for 2012. Ayacucho is the region where the MOH will validate the complementarity of the PMI methodology and the methodology to identify functional health networks.

Finally, in this quarter, the MOH has requested technical assistance to develop a computer application that allows the use of the PMI methodology across the country. The MOH will use the tool we developed for the diagnosis of PMI in ten regions during 2012.

### 1.3 Health Information

#### **The capacity of public health facilities providers to collect, analyze, and use data has been strengthened in six regions**

The last quarter of 2011 has been marked by the increased dynamics of the GalenHos implementation process. Two regions, San Martin and Ayacucho have started an accelerated implementation process that will end in its first phase in the first quarter of 2012. Besides, new authorities at the MOH have confirmed the relevance of the specific piece of work that the Project has started in the interoperability standard arena (e.g. imaging standard). Finally, the coordination between the Project and SUNASA has lead to a first draft of the agreement to be signed in order to have SUNASA as an institutional IT solution launching platform for facilities that do not have specific software solutions for managing their health provision operations.

##### **1.3.1 National data quality standards are established and improved**

The technical agenda regarding the development of a general framework for the identification of an interoperability standard is already finished and the milestone has been reached with the formalization of HL7 as the standard to be used in the design of electronic medical records. This has been made public with the MOH's decree RM 576-2011/MINSA and the OGEI's Administrative Decree N° 183-MINSA/OGEI V.01 "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica".

Two technical issues are the next emerging priorities; one corresponding to the definition of a national plan for the development of interoperability standards, and the second one is the definition of a prototype of interoperability standard to serve as a pilot for the quantification of the level of effort required for the development of the general agenda. The Project has started the work in the latter line of technical assistance. For this purpose, coordination has been started with the *Pontificia Universidad Católica del Perú*, in order to develop an interoperability standard for imaging medical services. Demonstrations of GalenHos have been made to the staff of the Medical Imaging Laboratory from this university, and it has been recognized the viability of the work to be intensified next quarter.

##### **1.3.2 Regional plans for improved collection, analysis, dissemination and use of information by health micro networks have been approved and implemented in three regions**

Regional plans execution has continued in Ayacucho and San Martin, and a key element has been the implementation of GalenHos Primary Care.

In Ayacucho, new regional health authorities have been appointed and have identified a set of priorities in which the role of the Project is pivotal. One priority is the implementation of GalenHos Primary Care alongside networks and micro-networks.

This decision is likely to be influenced by the experience of current regional director as the former executive director of a health network in Ayacucho. In contrast to what has been reported in preceding quarters, a close coordination has been maintained between Ayacucho officials and the Project both at the regional and central offices. This coordination led to the start of a massive implementation process that involves all local hospitals and approximately 15 micro-networks for the coming semester. A training workshop has been executed and the key counterparts identified. In addition to the training workshop, an implementation plan has been discussed and approved by the key managerial staff of the RHD. A characteristic that has to be highlighted is the presence of a decision making official within the key implementation team. This official will convey information directly to the regional director, so as to facilitate the implementation of solutions as soon as possible whenever a difficulty arises. Currently GalenHos' implementation is under way in the following facilities:

1. C.S. Nazarenas
2. C.S. Licenciados
3. C.S. San Juan Bautista
4. C.S. Santa Elena
5. C.S. Carmen Alto
6. C.S. Vista Alegre
7. C.S. Belén
8. C.S. Putacca
9. Huanta Local Hospital
10. San Miguel Local Hospital
11. San Francisco Local Hospital
12. Cangallo Local Hospital
13. Puquio Local Hospital
14. Coracora Local Hospital

The document that set steps to be taken in this implementation is presented in Appendix 4. Regarding the operation of GalenHos in Ayacucho Regional Hospital, monitoring actions have revealed the surge of forthcoming difficulties to be faced by the hospital direction to maintain their production units with stable processes. For example, regarding the management of pharmaceuticals and medical inputs, the administration office has already started a parallel way of selling and providing lung catheters. This can pose severe difficulties for the standardized management of the hospital pharmacy. The warning was already communicated to the pharmacy coordinator so as to have a clear definition of the internal pharmaceutical logistic process to be in operation.

In San Martín's RHD, the situation is similar to that described for Ayacucho, and there has been an unexpected demand for the primary care health information system; in particular, to fulfill the need to monitor the results of the plan for the contention of childhood malnutrition. Conventional information systems do not provide such information, in contrast to GalenHos. For this reason, GalenHos has been identified as a critical piece of the health information system at the regional level. 38 micro-networks have been trained in the basic operation of GalenHos, and are currently in the implementation process (data migration, database local configuration, training to field health staff, standardization of clinical archives processes, among other activities). The document that set steps to be taken in this implementation is presented in Appendix 5.

Other regions where technical assistance continued to be provided are Huánuco, Cusco, La Libertad, Tumbes and Cajamarca.

Regarding Huánuco, specific agreements for the implementation of GalenHos have been signed with Tingo María Hospital and Hermilio Valdizan Hospital. Both hospitals are the largest in the region and have already finished the initial IT infrastructure strengthening phase. Training activities of the first phase were completed in Lima, with key implementers sent by each hospital. It has to be highlighted that funding for the travel and lodging of these staff has been fully taken by each hospital. Currently, these hospitals are implementing the following modules: clinical archives, scheduling, staff programming, outpatient care, pharmacy.

In Cusco, shortly after the signature of institutional agreements between Sicuani and Quillabamba hospitals with the Project there was a renewal of hospital directors that affected the aforementioned agreements. As a consequence, the implementation of GalenHos has been interrupted, due to the absence of resources needed to contract new IT staff at these hospitals.

In La Libertad, after the signature of the institutional agreement with Belén's Hospital, this institution has prepared a draft of an implementation plan to be executed next year. The hospital has requested the Project to provide technical feedback on the best approach to use in this implementation phase. Further activities regarding the joint design of a new pharmacy development (mono-doses) have been postponed due to the resource limitation of the Project.

In Tumbes, the technical assistance has continued to be provided in order to allow the regular operation of GalenHos in this hospital. Again, changes in the top managerial team of the hospital prevented the conclusion of the implementation process on a timely basis. However, coordination activities have been maintained and it is expected that with the new authorities, GalenHos will be fully operative in the first quarter of 2012.

In Cajamarca, implementation activities have been irregular due to external political reasons. Although it was expected that the inauguration of the new hospital infrastructure would take place in November, general protests against the national government motivated on mining activities have put an undefined stand-by to the inauguration of the new hospital. Flow of all funds coming from the national treasure has been stopped to this region, and this affects the finishing and adaptation of new infrastructure and equipment (medical and IT).

## **1.4 Health Workforce**

**Support the design and implementation of a broad-based system for planning and managing the health workforce to ensure competency of workers in the health sector.**

### **1.4.1 Dialogue between experts and policy makers to design civil service policies in the health sector**

During this quarter, the "Regional Workshop on Health Career Path" was held in the city of Managua (Nicaragua), organized by PAHO. The main objectives of the meeting were:

- Identify the challenges in the implementation of proposals for health career path
- Define, from ongoing experiences in the countries of the Region, a strategy for the implementation of the proposed health career path.
- Develop the basis for the implementation of a health career path
- Identify key issues and set an agenda for technical cooperation for their development.

The Project facilitated the coordination between the MOH and SERVIR in order to get the participation of a SERVIR civil servant as a member of the Peruvian delegation to this event.

### **1.4.2 Design and validation of a broad based system for planning health workforce has taken place in one region**

During this quarter, the software to calculate the gap in human resources (HHR) for the first level of care, based on ASEGURA software was developed and validated in San Martin.

The Project also presented the methodology for calculating HHR gap in the first level to the authorities of the Ayacucho RHD. Ayacucho decided to apply the methodology in all its networks, in that sense, it was conformed a technical team with decision capacity. The Project hold technical meetings with the team in order to determine the type of information required and define a kit of formats to collect data from networks and health facilities. In December, the Project reviewed the information and made some adjustments. In January the region will incorporate data into the HHR software and will make gap calculations, based on their own information.

### **1.4.3 Design and validation of regional human resources management system has taken place in one region**

At the regional level, during this quarter the Project developed the two final workshops of a total of 5, related to:

1. Methodologies and tools to design performance standards for key competencies.
2. Methodologies to design assessment tools to evaluate key competencies (questionnaires and check list).

Human Resources Office of Ayacucho RHD asked for an integrated session in order to review all the new knowledge and abilities developed during the 5 workshops. After this integrated session, a written test was taken and an assignment to evaluate abilities will be handed in January. The highest grade in the written evaluation was 19 and average 14. The analysis of the answers is shown in Appendix 6.

One of the main problems in HHR area is the disparity in the determination of salaries for personnel under CAS contract. Each budget executive unit has autonomy to define selection process and to determine salaries; this issue causes internal inequity and increase dissatisfaction. The Project provide technical assistance to the Ayacucho RHD management team in the conceptual and methodological issues related to compensation management and specially in the identification of factors to determine a fair and equitable pay scale.

For that purpose, the Project worked with the RHD management team and defines 4 factors and the respective grades in order to determine a pay scale for each health network. The next step is to determine a specific weight for each grade of each factor.

Factor	Grade A	Grade B	Grade C	Grade D
Labor group	Doctors	Professionals non doctors	Technical	Assistants
Rurality	Rural Jungle	Rural Andes	Urban Jungle	Urban Andes
Health facility location: Distance	A. > 16 hours	B. 7 - 16 hours	C. 3 - 6 hours	D. < 3 hours
Ratio doctors/ 10,000 inhabitants	< 2.25	2.26 - 2.99	3 - 4	> 4

Ayacucho RHD will present to the RG a directive proposal with the pay scale in order to have an Executive Regional Resolution approving it.

At the national level, the MOH Human Resources General Office (OGRH) asked the Project for technical assistance in the design of the Personnel Development Plan for the short and medium term and the capacity building of the office team in HHR management. After two meetings, the OGRH asked for specific support in the following issues:

- a) Capacity building in HHR management for the office staff.
- b) Determination of a competencies profile for human resources management, based on the experience of Ayacucho.
- c) Design of a proposal of performance evaluation based on competencies
- d) Definition of a national guideline to determine salary scales at the regional level, based on the experience of Ayacucho RHD.
- e) Design of a proposal of promotion policy for health workers.
- f) Methodologies to calculate HR needs and gaps.

The OGRH technical team will participate in the Project technical assistance provide to Ayacucho RHD.

On the other hand, the Project had technical meetings with SERVIR in order to sign an addendum to the agreement between the Project and SERVIR.

In Appendix 7 is included the research proposal for the study of monetary and non monetary incentives for recruitment and retention of health professionals in rural areas.

#### **1.4.4 Development of job competencies profiles for health managers and systems for evaluation of competencies and supervision designed and validated in one region.**

At the regional level, the Project provided technical assistance to Ayacucho RHD in the definition of the competencies profiles in human resources management, based on the processes and functions defined in the Health Human Resources Management System.

San Martín Regional Government hired an expert to design the instruments to assess general and specific competencies for critical posts in San Martín RHD in order to develop a selection process based on competencies. The Project worked with the expert and finally tools and instruments were defined.

### **1.5 Medical Products, Vaccines and Technologies**

#### **Improve capacities and policies at the national and regional levels to ensure that medical products, vaccines, contraceptives and supplies are procured, stored, transported and in stock at facilities according to established logistics**

During the fourth quarter of 2011, the component activities were centered in the regions of Ayacucho, San Martín and Ucayali. In the first two, the technical assistance prioritized the processes of estimating needs of pharmaceutical products and medical supplies, purchase implementation and management of procurement processes. In San Martín, the Project continued the validation and implementation of its manual of supply for pharmaceuticals and medical supplies, with emphasis, as a first step, in the distribution.

An important fact is that it has captured the interest of the Procurement of Strategic Resources Directorate (DARES) of the MOH, who have expressed their intention to participate in the activities that the Project has raised.

#### **1.5.1 Design and validation of the methodology to plan and forecast needs for pharmaceuticals and supplies in one region**

During the second quarter of 2011 the Project assisted San Martín RHD in the development, validation and implementation of a methodology to forecast their needs for pharmaceuticals and medical supplies. This activity will continue in 2012, after the start of the national corporate purchase.

A similar process began in November in Ayacucho and Ucayali, which is intended to estimate their needs for pharmaceuticals and medical supplies for their participation in the 2012 national corporate procurement and regional purchases.

The workshops, taking the first steps in structuring this process have already been initiated in both regions. The final product of the technical assistance, more than having done their forecasts in a way many more precise and orderly, is that the two RHD can count on a regional manual that can be formalized and institutionalized.

The MOH DARES has shown interest in participating actively in this experience.

### **1.5.2 Regional plan to improve drug logistics system to ensure the quality and availability of pharmaceuticals has been approved and is being implemented in one region**

The manual describing the processes of supply for pharmaceuticals and medical supplies started early this year in San Martín RHD, and was completed and validated during the last quarter of 2011 (Appendix 8). What comes next is the implementation of this manual (the distribution process has already begun) for its subsequent formalization and institutionalization.

The Ayacucho and Ucayali RHD are receiving technical assistance to develop specific manuals that shall help them to run their purchasing processes, ranging from forecasts of pharmaceuticals and medical supplies to the management of procurement contracts.

## 2. Results Reporting Table

### Annual Work Plan 2011

Project Components, Activities and Sub-Activities		QR 7 -2011	Monitoring	QR 8 -2011	Monitoring
Project Management					
Project planning, monitoring and reporting					
	Web Page update		Advanced		Advanced
	Quarterly monitoring meetings with staff		Completed		Completed
	Elaboration of quarterly progress reports				Completed
	PMP base line and monitoring				Completed
1 Health Governance					
1.1. Strengthen and expand decentralization of the health sector					
1.1.1. Health sector issues have been debated publicly in the political transition at the national and regional level					
Central					
1.1.1.1	TA to Coordination Committee of national political parties to promote dialogue regarding the health agenda (National and Lima)		Completed		Completed
1.1.3. The intergovernmental health coordination body has agreed on, approved and is implementing a health agenda					
Central					
1.1.3.1	TA to MOH and RHDs to organize and facilitate meetings of the IHC				Completed
1.1.3.2	TA to MOH and RHDs for the discussion of key issues in IHC work group				Completed
1.1.3.3	TA to MOH and RHD to facilitate agreements with MOH for the CIGS				Completed
1.1.4 The MOH has designed and validated a decentralized management model for key national health priorities, including family planning and reproductive health					
San Martín					
1.1.4.20	Participate in technical meetings with the regional government authorities, regional technical team and project staff to discuss the work plan and methodology of the AT				Completed
1.1.4.21	Determine the target population and human resources of the nutritional program at facilities level		Completed		Completed
1.1.4.22	Support to regional government to design the operation and program management		Completed		Completed
1.1.4.23	Workshops with authorities and technical team of the regional government to validate the operation design of the implementation of the effective interventions		Completed		Completed
1.1.5 Regional Health Directorate and health networks in one priority region have been reorganized and modernized to carry out their new functions under decentralization					
San Martín					
1.1.5.16	TA for the revision and update of the reorganization plan		Advanced		Advanced
1.1.5.17	Technical meetings and workshops with RHD to revise and monitor reorganization plan		Advanced		Advanced
1.1.5.18	Elaboration of RHD internal organizational documents (Personnel Assignment Cadres) in key units				Completed

1.1.5.19	Elaboration of Health Network internal organizational documents (Organization Manuals) in 3 HN				Completed
<b>2 Health Insurance and Financing</b>					
2.1. Activity 2.1: Improve health coverage of poor and vulnerable populations					
2.1.1 The MOH has revised the clinical content and standard costing of the Essential Health Insurance Plan (PEAS), so as to ensure gradual increase in health coverage ensuring appropriate coverage of MCH, FP/RH, HIV/AIDS and TB related health services					
Central					
2.1.1.3	Elaborate description of technical design PEAS		Advanced		Completed
2.1.3 The MOH has designed a health financing reform to ensure financing of the health sector as required by the universal health insurance					
Central					
2.1.3.4	Publication of technical report on Health Financial Reform				Completed
2.2. Activity 2.2: Ensure efficiency and equity in health resource allocation					
2.2.2 Regional plan for improved management of health financial flows has been approved and is being implemented in one region					
San Martin					
2.2.2.5	Approval of technical proposal of financial flows by RG		Completed		Advanced
	Ucayali				
2.2.2.6	TA to RHD in the analysis of SIS reimbursements		Completed		Advanced
2.2.3 RHD in one priority region has formulated multiyear health investment plan					
Central					
2.2.3.6	Technical meetings with MOG and MEF to adjust norms regulating health investment				Completed
San Martin					
2.2.3.15	TA to RHD for the elaboration of multi-year investment plan				Completed
<b>3 Health Information</b>					
3.1. The capacity of public health facilities providers to collect, analyze, and use data has been strengthened in three regions					
3.1.1. National data quality standards are established or improved					
Central					
3.1.1.1	TA to the MOH for the conformation of the Implementing group of the Standard of Interoperability HL7				Completed
3.1.2. Regional plans for improved collection, analysis, dissemination, and use of information by health micro networks have been approved and implemented in three regions					
Central					
3.1.2.5	Design, development of new modules of GalenHos-Hospital (e.g. universal health insurance reports, pharmacy, etc.)		Advanced		Completed
3.1.2.7	Update of GalenHos Hospital with new Modules (outpatient care, surgical room)				Advanced
3.1.2.9	GalenHos maintenance Hospital		Advanced		Completed
3.1.2.10	GalenHos maintenance first level				Completed
3.1.2.13	Training of GalenHos implementers (Hospital and first level)		Advanced		Completed
3.1.2.14	Coordination with SUNASA regarding GalenHos		Advanced		Advanced

Ayacucho				
3.1.2.18	Monitoring of GalenHos Hospital			Completed
Cajamarca				
3.1.2.21	Monitoring of GalenHos			Completed
Cusco				
3.1.2.22	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Hospital database (Sicuani/Quillabamba)		Completed	Completed
3.1.2.23	Monitoring of GalenHos (Sicuani/Quillabamba)			Completed
3.1.2.25	Training workshops to RHD IT team for the installation and operation of GalenHos-Primary Care			Completed
3.1.2.26	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Primary care database			Completed
Huanuco				
3.1.2.27	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Hospital database			Completed
3.1.2.28	Monitoring of GalenHos (Hospital)			Completed
3.1.2.29	Workshops for elaboration of hospital IT investment project			Completed
La Libertad				
3.1.2.30	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Hospital database			Completed
3.1.2.31	Monitoring of GalenHos (Hospital)			Completed
San Martín				
3.1.2.35	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Hospital database			Completed
3.1.2.36	Training workshops to RHD IT team for the installation and operation of GalenHos-Primary Care		Completed	Completed
3.1.2.37	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Primary care database		Advanced	Completed
3.1.2.38	Monitoring of GalenHos (Hospital)			Completed
Tumbes				
3.1.2.41	Monitoring of GalenHos (Hospital)		Advanced	Completed
<b>4 Health Workforce</b>				
Activity 4.1: Support the design and implementation of a broad-based system for planning and managing the health workforce to ensure competency of workers in the health sector.				
4.1.1. Dialogue between experts and policy makers to design civil service policies in the health sector				
Central				
4.1.1.1	Technical assistance to MOH in policy dialogue for Health Career Path (Focus in the first level of care)			
4.1.2. Design and validation of broad based system for planning health workforce has taken place in one region				
Central				
4.1.2.4	Technical meetings to define a procedure to calculate the gap in HR at the first level of care			Completed

4.1.2.5	Design a proposal of guidelines and procedures to define action plans and monitor plan to fill the gap.				Initial
Ayacucho					
4.1.2.6	Workshops to train in ASEGURA to calculate HR time to provide PEAS priorities at network level				Initial
4.1.2.7	Workshops with regional technical team to define the gap in HR to implement PEAS and define strategies and action plans to fill the gap in HHR				Initial
San Martín					
4.1.2.10	Workshops to train in ASEGURA to calculate HR time to provide PEAS priorities at network level		Completed		Completed
4.1.2.11	Workshops with regional technical team to define the gap in HR to implement PEAS and define strategies and action plans to fill the gap in HHR		Initial		Advanced
4.1.2.12	Technical meetings with regional team to monitor the implementation of action plans.				Cancelled
4.1.3.	Design and validation of regional human resources management system has taken place in one region				
San Martín					
4.1.3.3	Technical meeting with Regional Government to define a roadmap for the development of selection processes based on key competencies for managerial positions		Advanced		Advanced
4.1.3.4	Technical assistance to the RG in designing the rules and procedures for recruitment and selection (job profiles)		Intermediate		Completed
4.1.3.5	Technical assistance to the RG in the design of performance standards and evaluation tools for the selection process		Initial		Completed
4.1.3.7	Technical assistance to the RG in the systematization of the application of a selection process based on competencies (lessons learned and recommendations)				Cancelled
4.1.4	Development of job competencies profiles for health managers and systems for evaluation of competencies and supervision designed and validated in one region				
Central					
4.1.4.2	Technical meetings with MOH to coordinate the design of a proposal of a system for the evaluation and supervision of competencies at the regional level.				Initial
Ayacucho					
4.1.4.5	Workshop(s) to define managerial competencies profile for RHD / network / micro network		Advanced		Completed
4.1.4.6	Technical meetings with RHD to define key managerial competencies				Completed
4.1.4.7	Workshops to define performance standards for key managerial competencies				Completed
4.1.4.8	Workshops to design competencies evaluation tools for key managerial competencies				Completed
4.1.4.9	Technical meetings with Human Resources Unit of HRD to define competencies profile, performance standards and evaluation tools for human resources management processes.				Advanced
Huanuco					
4.1.4.10	Technical meetings with RHD to define key managerial competencies				Cancelled

5	Medical Products, Vaccines and Technologies			
5.1.	Activity 5.1: Improve capacities and policies at the national and regional levels to ensure that medical products, vaccines, contraceptives and supplies are procured, stored, transported and in stock at facilities according to established log standards			
5.1.1	Design and validation of the methodology to plan and forecast needs for pharmaceuticals and supplies according to PEAS in one region			
	Central			
5.1.1.4	Elaborate operational guideline to forecast and plan needs for pharmaceuticals and supplies			Completed
	San Martin			
5.1.1.8	TA to RHD to strengthen the capacities of regional and local networks to plan, forecast and manage drug requirements		Advanced	Completed
5.1.1.9	TA to RHD to estimate pharmaceutical budget and prepare its annual procurement plan.		Advanced	Advanced
5.1.2.	Regional plan to improve drug logistics system to ensure the quality and availability of pharmaceuticals has been approved and is being implemented in one region			
	Ayacucho			
5.1.2.5	TA to improve logistic process and procedures		Advanced	Advanced
5.1.2.6	TA to Preparation of manual processes (MAPRO) on regional flows prepared for drug delivery		Advanced	Advanced
	San Martin			
5.1.2.9	TA to improve the distribution system to health facilities		Initial	Advanced
	Ucayali			
5.1.2.10	Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels			Completed
5.1.2.11	TA to RHD to develop/update regional action plans for the improvement of quality and availability (including warehouses and distribution network)		Advanced	Completed

### 3. Planned Activities

Project Components, Activities and Sub-Activities	Qr 1-2012
<b>Health Governance</b>	
Health sector issues have been debated publicly in the political transition at the national level	
Los representantes de los partidos políticos mantienen espacio de diálogo de salud	
<b>Central</b>	
Acompañamiento al Comité Coordinador del APPS	
Facilitación del espacio de diálogo en sesiones del pleno	
Presentación de acuerdos sobre ENT y Descentralización de Lima Metropolitana	
Sistematización del proceso de diálogo político	
Policy brief sobre sistematización del APPS	
<b>The intergovernmental health coordination body has agreed on, approved and is implementing a health agenda</b>	
<b>El MINSA y DIRESA toman acuerdos en el marco de la CIGS</b>	
<b>Central</b>	
AT al MINSA y DIRESA para facilitar acuerdos en la CIGS	
Facilitación de espacio de fortalecimiento gerencial de Directores de DIRESA	
Sistematización de la coordinación intergubernamental en salud	
<b>The MoH has designed and validated a decentralized management model for key national health priorities, including family planning and reproductive health</b>	
<b>Actores claves analizan enfoque de gestión descentralizada; dos GR diseñan e inician implementación de programas de reducción de DCI</b>	
<b>Central</b>	
Desarrollar una guía de un taller para el uso del software SPECTRUM en el diseño de un programa de nutrición	
Desarrollar una guía metodológica para la gestión descentralizada de un programa de reducción de la desnutrición en la niñez	
Marco conceptual del modelo de gestión descentralizada	
Elaboración del reporte de restricciones de la gestión descentralizada de prioridades sanitarias: el caso de desnutrición	
Elaboración de guía metodológica de validación en campo	
Desayuno de trabajo para presentar avances respecto de la Gestión Descentralizada	
Elaboración de reportes de validación	
Elaboración del enfoque de gestión descentralizada de prioridades sanitarias	
Material de capacitación clínica para la implementación de IE	
<b>San Martin</b>	
Estudio cualitativo de la percepción de las gestantes y madres en relación a la implementación de las IE	
Validación del enfoque de la gestión descentralizada de prioridades sanitarias con gerentes y prestadores	
<b>Ucayali</b>	
AT para definir un plan de implementación de las IE para la reducción de la DCI	
Estudio de la percepción de las gestantes y madres en relación a la implementación de las IE	
Validación del enfoque de la gestión descentralizada de prioridades sanitarias con gerentes y prestadores	
AT para ajuste de metas y costeo de las Intervenciones Efectivas (IE) para reducir la DCI	

<b>Regional Health Directorate and health networks have been reorganized and modernized to carry out their new functions under decentralization</b>	
<b>Tres DIRESA efectúan cambios organizacionales en concordancia con las funciones transferidas</b>	
<b>Central</b>	
Reuniones con MINSa sobre manual de operaciones de la gestión de servicios del programa de desnutrición crónica infantil	
Elaboración del manual de operaciones de la gestión de servicios del programa de desnutrición crónica infantil	
<b>San Martín</b>	
AT a DIRESA para establecer arreglos organizacionales, administrativos y prestacionales para la gestión del programa de DCI	
Taller para la asignación de responsabilidades a las redes y microrredes en la gestión de las intervenciones efectivas	
Talleres de validación del esquema general del manual de operaciones para la gestión de los servicios del programa de desnutrición crónica infantil	
Talleres de validación de los contenidos del manual de operaciones para la gestión de los servicios del programa de desnutrición crónica infantil en microrredes de salud	
Talleres de validación de los contenidos del manual de operaciones para la gestión de los servicios del programa de desnutrición crónica infantil en redes de salud	
<b>Huánuco</b>	
Informe sobre análisis del ROF de la DIRESA	
Taller para la asignación de responsabilidades a las redes y microrredes en la gestión de los servicios	
Talleres de implementación de procesos críticos para la gestión de los servicios en microrredes de salud	
<b>Ucayali</b>	
Taller para la asignación de responsabilidades a las redes y microrredes en la gestión de las intervenciones efectivas	
Talleres de implementación del manual de operaciones para la gestión de los servicios del programa de desnutrición crónica infantil en microrredes de salud	
Talleres de implementación del manual de operaciones para la gestión de los servicios del programa de desnutrición crónica infantil en redes de salud	
<b>Health Insurance and Financing</b>	
<b>The MoH has revised the clinical content and standard costing of the Essential Health Insurance Plan (PEAS), so as to ensure gradual increase in health coverage ensuring appropriate coverage of MCH, FP/RH, HIV/AIDS and TB related health services</b>	
<b>El MINSa (DGSP, SIS) reconoce la actualización del PEAS y sustenta la metodología seguida</b>	
<b>Central</b>	
Elaboración de la actualización del costeo y estimaciones financieras del Plan de Beneficios	
<b>RHD in one priority region has formulated multiyear health investment plan</b>	
<b>El MINSa y MEF promueven la implementación del PMI a nivel regional; dos regiones priorizan inversiones en salud con base en PMI</b>	
<b>Central</b>	
AT al MNSa para la revisión de la Guía Metodológica del PMI	
Elaboración de normas técnicas de parámetros de infraestructura y equipamiento para I y II nivel para DGIEM	
AT a MINSa (OGPP) para adecuación de normas del SNIP	
Desarrollo del Aplicativo del PMI (incluye manuales)	
<b>Ayacucho</b>	
Talleres de formulación del PMI	
<b>San Martín</b>	
Elaboración del documento del Plan Multianual regional	

<b>Regional plan for improved management of health financial flows has been approved and is being implemented</b>	
<b>El MINSA y dos regiones validan propuesta de mejoras de los procesos de programación y ejecución del PporR</b>	
<b>Central</b>	
Sistematización del proceso de programación presupuestal (PporR)	
AT al MINSA (DGSP y OGPP) para programación presupuestal 2013	
AT al MINSA (OGPP) para la revisión del programa estratégico Protección en Salud	
<b>San Martin</b>	
AT al GR (DIRESA y UE) para programación presupuestal 2013	
AT al GR (DIRESA y UE) para ejecución presupuestal 2012	
AT para elaboración y seguimiento de Directiva para la ejecución presupuestal	
<b>Ucayali</b>	
AT al GR (DIRESA y UE) para programación presupuestal 2013	
AT al GR (DIRESA y UE) para ejecución presupuestal 2012	
<b>Health Information</b>	
<b>Implementation of the health provider information system GalenHos in primary health care facilities in 2 regions</b>	
<b>Responsables de MR y Redes en 2 regiones monitorean la generación de la información de sus servicios para la toma de decisión referidas a prioridades sanitarias</b>	
<b>Central</b>	
Desarrollo de módulo de salud materna	
Desarrollo de módulo de reportes para gestión local (MR) de la desnutrición infantil y salud materna	
<b>Ayacucho</b>	
AT para el monitoreo del proceso de soporte técnico al funcionamiento de GalenHos en el Primer Nivel	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la infraestructura informática	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la conectividad el Primer Nivel	
Talleres I de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos básicos)	
Talleres II de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos de ayuda al diagnóstico, farmacia, facturación)	
Reuniones para la difusión a actores claves regionales de avances realizados en el sistema de información	
<b>San Martin</b>	
AT para el monitoreo del proceso de soporte técnico al funcionamiento de GalenHos en el Primer Nivel	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la infraestructura informática	
AT para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de la conectividad el Primer Nivel	
Talleres I de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos básicos)	
Talleres II de capacitación en el manejo de GalenHos (módulos de ayuda al diagnóstico, farmacia, facturación)	
Reuniones para la difusión a actores claves regionales de avances realizados en el sistema de información	
<b>Consolidate the implementation of the health provider information system GalenHos in 7 public hospitals</b>	
<b>Directores de 4 hospitales monitorean la generación de la información de sus servicios para la toma de decisión gerencial</b>	
<b>Central</b>	
Mantenimiento de blog de capacitación GalenHos	
Desarrollo de rutina de prescripción de medicamentos en módulo de consulta ambulatoria	
Elaboración de propuesta de estándar de interoperabilidad en imágenes	

<b>Ayacucho</b>	
Actualización de GalenHos a la versión reciente	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento	
<b>Cajamarca</b>	
Capacitación a usuarios finales de GalenHos	
Migración de base de datos preexistentes a GalenHos	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento	
<b>Huánuco</b>	
Capacitación a usuarios finales de GalenHos	
Migración de base de datos preexistentes a GalenHos	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento	
<b>San Martín (Tarapoto)</b>	
Capacitación de usuarios finales de GalenHos	
Instalación de módulos de imágenes, internamiento, emergencia y facturación	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento	
<b>Tumbes</b>	
Monitoreo del funcionamiento de GalenHos y mantenimiento	
<b>Health Workforce</b>	
<b>Policy dialogue regarding civil service policies in the health sector</b>	
<b>Actores claves sensibilizados y con información sobre la carrera sanitaria</b>	
<b>Central</b>	
AT al MINSA en promover diálogo en Carrera Sanitaria	
<b>Diseño y validación de estrategias para cubrir la brecha de RHUS en el primer nivel de atención desarrolladas en 2 regiones.</b>	
<b>Responsables de redes en 2 regiones determinan brecha de RRHH para el primer nivel de atención</b>	
<b>Central</b>	
Reunión técnica con expertos nacionales y regionales para presentar metodología de cálculo de brecha de RHUS	
Estimación de índice de ruralidad distrital a nivel nacional	
<b>Ayacucho</b>	
AT a la DIRESA para el desarrollo del estudio de índice de ruralidad para Ayacucho	
Reuniones técnicas con equipo técnico de la DIRESA para definir, recolectar y analizar la información necesaria para calcular la brecha de RHUS para el primer nivel de atención	
Talleres de capacitación en el uso del Módulo de RRHH de ASEGURA a los equipos técnicos de la DIRESA y redes y para el cálculo de la brecha de RHUS (corto y mediano plazo)	
<b>San Martín</b>	
Talleres de trabajo con equipos técnicos de DIRESA y redes para calcular la brecha de RHUS para el primer nivel de atención y analizar los reportes del módulo de RRHH de ASEGURA	
Talleres de trabajo con los equipos técnicos de la DIRESA y redes para calcular la necesidad de RHUS para el PMI	
<b>Ucayali</b>	
Reuniones técnicas con el equipo de DIRESA para presentar la metodología para calcular la brecha de RHUS para el primer nivel de atención	
Reuniones técnicas con equipo técnico de la DIRESA para definir, recolectar y analizar la información necesaria para calcular la brecha de RHUS para el primer nivel de atención	

<b>Implementación de procesos críticos del sistema de gestión de recursos humanos basado en competencias en 3 regiones</b>	
<b>DIRESA en 3 regiones aplican el enfoque de competencias en procesos críticos en la gestión del RRHH</b>	
<b>Central</b>	
Reuniones técnicas con SERVIR para presentar avances en la implementación del sistema de gestión de RHUS e intercambiar aportes	
AT al MINSA para la publicación y difusión de la arquitectura del sistema de gestión de recursos humanos en salud	
Reuniones técnicas para el fortalecimiento de capacidades en gestión de recursos humanos a los equipos técnicos de la Oficina General de Recursos y la Dirección General de Recursos Humanos del MINSA	
Revisión de estudios e investigaciones acerca de otorgamiento de incentivos para retención de personal en el primer nivel de atención de áreas rurales (incluye conclusiones y recomendaciones)	
<b>Ayacucho</b>	
Reuniones técnicas para el fortalecimiento de capacidades en gestión de recursos humanos al equipo técnico de la Oficina de Recursos de la DIRESA y redes	
Reuniones técnicas con la Oficina de RHUS de la DIRESA para definir el perfil de competencias para la gestión de recursos humanos y diseñar el respectivo diccionario de competencias	
Reuniones técnicas con la DIRESA para analizar y aprobar una directiva de escala salarial para personal contratado por CAS	
<b>San Martín</b>	
Reuniones técnicas para analizar los problemas de RHUS relacionados con la implementación del Programa de Nutrición y definir mejoras en los procesos del sistema de gestión de recursos humanos involucrados	
<b>Medical Products, Vaccines and Technologies</b>	
<b>Development and implementation of regional action plans to improve the availability of pharmaceuticals</b>	
<b>Tres regiones ejecutan procesos de adquisición en forma estandarizada (etapa: girado)</b>	
<b>Central</b>	
Reuniones técnicas de coordinación con DARES sobre procesos de adquisición nacional y regional	
<b>Ayacucho</b>	
Talleres para elaborar y validar manual de procesos en adquisición regional de productos farmacéuticos	
AT a DIRESA y Redes para implementar manual de procesos en adquisición regional de productos farmacéuticos	
<b>San Martín</b>	
AT para revisión de manual de procesos logísticos para el abastecimiento de productos farmacéuticos	
AT para la implementación del manual de procesos en Unidades Ejecutoras	
<b>Ucayali</b>	
AT para el análisis de flujos y procesos en DIRESA y en Unidades Ejecutoras	
Talleres para elaborar manual de procesos en adquisición regional de productos farmacéuticos	
AT a DIRESA y Redes para implementar manual de procesos en adquisición regional	
AT para ejecución de proceso de adquisición regional de insumos médicos	
<b>Design of a regional system to plan and forecast pharmaceutical needs</b>	
<b>Dos regiones ejecutan procesos de estimación de necesidades de medicamentos e insumos críticos</b>	
<b>Central</b>	
Reuniones técnicas de coordinación con DARES sobre metodología para estimar necesidades de medicamentos para compra corporativa nacional.	
<b>Ayacucho</b>	
Talleres para elaborar y validar manual para la estimación de necesidades de productos farmacéuticos	
AT a DIRESA y Redes para implementar manual para la estimación de productos farmacéuticos	

<b>Ucayali</b>	
Talleres para elaborar y validar manual para la estimación de necesidades de productos farmacéuticos	
AT a DIRESA y Redes para implementar manual para la estimación de productos farmacéuticos	
<b>Comunicación del proyecto</b>	
<b>Cientes y contrapartes reconocen las propuestas y desarrollos del proyecto como aportes significativos e innovadores en el campo del diseño e implementación de políticas en salud</b>	
Difusión de actividades del proyecto / reporte informativo quincenal	
Difusión de reportes y productos, con ayudas memorias y resúmenes	
Implementar series de diálogo (gestión descentralizada, reforma del financiamiento, PEAS y PMI)	
Blogs	
Publicaciones	

## 4. List of Upcoming Events

- Validation workshops of the Operation Manual for the implementation of effective interventions for the reduction of chronic malnutrition – San Martina and Ucayali
- Training workshops addressed to MOH facilitators for the implementation of the Multiannual Investment Plan methodology
- Training workshops on the elaboration of a Multiannual Investment in Ayacucho
- Training workshops on the use of the basic and specific modules of GalenHos First Level in Ayacucho and San Martin
- Training workshops on the estimation of human resources gap in Ayacucho and Ucayali
- Validation workshops of the Processes Manual for the regional purchase of medical products and supplies in Ayacucho and Ucayali
- Validation workshops of the Process Manual for the estimation and forecast of medical products and supplies in Ayacucho and Ucayali

## Appendix 1: Political Organizations Appointed to the APPS Coordination Committee 2012-2016

Political Organization	Representative
Partido Perú Posible	Moisés Acuña
Partido Humanista Peruano	Oscar Ugarte
Partido Alianza para el Progreso	Alberto Venero
Movimiento Nueva Izquierda	Aurelio Roel
Partido Nacionalista Peruano	Luis Lazo
Partido Acción Popular	Giovanni Delgado
Partido Descentralista Fuerza Social	Rolando Pomalima

**Appendix 2: Procedures Guidelines for the implementation of effective interventions for the reduction of chronic malnutrition**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTOS**

**INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA REDUCIR LA  
DESNUTRICIÓN INFANTIL CRÓNICA**

**EN ATENCIÓN A LA GESTANTE**

**I. AFILIACION AL SIS DE LA GESTANTE**

**Requisitos previos:****De la gestante:**

- a. Contar con DNI o carnet de extranjería, mas fotocopia
- b. Estar registrado en el SISFHO
- c. No contar con otro seguro de salud

**De los servicios:**

- a. Formato de recolección de datos, o
- b. Centro de digitación con acceso a internet (no indispensable) y código de usuario SISFHO.

<b>.1 PROCEDIMIENTO DE AFILIACION DE LA GESTANTE AL SIS</b>	
<b>Personal del SIS</b>	
<b>*Personal de Admisión u otro.</b>	
<b>**Centro de digitación SIS</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Captación de la gestante.*	1.1 Verificar si cuenta con el SIS. <b>Si cuenta con el SIS:</b>  1.2 Procede atención prenatal Si no cuenta con el SIS  1.3 Proceda con pasos de afiliación.
2. Identificación de la gestante.*	1.1 Solicitar DNI o carnet de extranjería y fotocopia.
3. Verificación de registro en el SISFHO y evaluación de elegibilidad.	<b>Si el EESS tiene acceso a internet</b>  3.1 Verificar registro en el SISFHO 3.2 Verificar en el enlace de ESSALUD, si cuenta con este seguro. <b>Si el EESS no tiene acceso a internet</b>  3.3 Completar formato de recolección de datos. 3.4 Remitir al centro de digitación 3.5 Centro de digitación realiza verificación (5 días de plazo). <b>Evaluar resultados:</b>  3.6 Registrada en el SISFHO y no cuenta con ESSALUD: afiliación al SIS. 3.7 No registrada en el SISFHO: solicitar al SISFOH la incorporación al PGH a fin de que sea evaluada y obtenga la calificación respectiva. 3.8 No elegible o cuenta con otro seguro: no procede filiación
4. Afiliación al SIS	4.1 Ingreso de solicitud de afiliación
5. Resultado de la afiliación.	5.1 Informa a la gestante el resultado, comunicado por el Centro de Digitación. 5.2 Informa a la gestante que su atención a partir de la fecha sólo requiere presentar su DNI o carnet de extranjería.
6. Reporte de afiliaciones**	6.1 Elaboración de listado de afiliaciones realizadas según establecimiento de salud de forma periódica.

**II. ATENCION PRENATAL REENFOCADA****Requisitos previos:**

**Lugar:**

- a. Espacios para la prestación intramuros:
  - Consultorio: integral de la mujer
- b. Espacio extramural:
  - Campaña integral

**Disponibilidad Recursos:**

- c. Formatos de registro:
  - Historia clínica materno neonatal (HCMN)
  - Carnet perinatal
  - Solicitud de análisis de laboratorio
  - Formatos HIS
  - Formatos SIS
  - Plan de parto
  - Ficha de tamizaje VIF
  - Ficha de evaluación nutricional
  
- d. Equipos:
  - 01 balanza de pie
  - 01 camilla o mesa ginecológica
  - 01 cinta obstétrica CLAP
  - 01 gestograma
  - 01 lámpara cuello de ganso
  - 01 tallímetro
  - Tensiómetro
  
- e. Instrumental:
  - 01 estetoscopio
  - 01 fetoscopio de pinard
  - Espéculos vaginales
  - 1 tensiómetro
  
- f. Preparación del ambiente físico: privacidad
  
- g. Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:
  - Dos atenciones antes de las 22 semanas,
  - La tercera entre las 22 a 24 semanas,
  - La cuarta entre las 27 a 29,
  - La quinta entre las 33 a 35,
  - La sexta entre las 37 a 40 semanas.

**II.1 PROCEDIMIENTO DE ATENCION PRENATAL REENFOCADA****Médico, Obstetra**

Secuencia de Etapas	Actividad
1. Recepción de gestante.	1.1 Identificar factores culturales y étnicos. 1.2 Promover la participación de la pareja o familia.
2. Detectar emergencia obstétrica.	2.1 Identificar signos de peligro de cualquier emergencia obstétrica.
3. Registro HCMP y carnet perinatal.	<b>1era consulta:</b> 3.1 Confirmar embarazo 3.2 Completar con información de la HCMP y carnet perinatal. 3.3 Programar citas según calendario de atención prenatal. <b>Cita de seguimiento/libro</b> 3.4 Llenar de forma apropiada y concreta.
4. Identificar antecedentes y epidemiológicos.	4.1 Zona endémica de malaria: gota gruesa 4.2 Fiebre amarilla: referir a inmunizaciones a partir del 4to mes de gestación. 4.3 Zona de bocio: promover uso de sal yodada.
5. Cálculo de la edad gestacional.	5.1 Uso de gestograma 5.2 Determinar fecha probable de parto.
<b>6. Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC)</b>	<b>Primera consulta- Talla</b> 6.1 Usar Tallímetro de pie, descalza. <b>Peso</b> 6.2 Calibrar la balanza semanalmente 6.3 Pesar: ropa ligera y sin calzado <b>IMC (Dividir el peso entre la talla: <math>\text{Peso/Talla} =</math></b>
7. Pesar en cada visita	7.1 Calibrar la balanza semanalmente 7.2 Pesar: ropa ligera y sin calzado 7.3 Ganancia < del Percentil 25, descartar desnutrición y restricción de crecimiento intrauterino.
8. Medir presión arterial, pulso y temperatura.	8.1 Control de presión arterial: sentada - Incremento de 30mm Hg (sistólica) y 15 mm Hg (diastólica) manejo de preeclampsia.
<b>9. Evaluación de mamas y pezones.</b>	9.1 Examinar mamas y pezones: 1era, 3era y 6ta consulta.
10. Medir altura uterina	10.1 Medir desde la sínfisis del pubis hasta fondo de útero. (cinta métrica) 10.2 Analizar variación - Tabla patrones normales altura uterina.
11. Determinar presencia de movimientos fetales.	<b>A partir de 22 Semanas de gestación</b> 11.1 Consultar a gestante sobre presencia de movimientos fetales. 11.2 Observar durante examen
12. Identificar la posición y la viabilidad fetal.	<b>A partir de 22 Semanas de gestación</b> 12.1 Realizar maniobra de Leopold 12.2 Auscultar latidos fetales
13. Realizar examen pélvico.	<b>En caso de presentar flujo o sangrado.</b> 13.1 Colocar espejuelo para evaluar: pared vaginal, cérvix, secreciones o

<b>II.1 PROCEDIMIENTO DE ATENCION PRENATAL REENFOCADA</b>	
<b>Médico, Obstetra</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
	<p>sangrado, pérdida de líquido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de muestra Papanicolaou si corresponde.</li> </ul>
14. Exámenes auxiliares y otras evaluaciones	<p>14.1 Solicitar exámenes de laboratorio, referir si corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo sanguíneo factor Rh (1era consulta)</li> <li>- Hemoglobina o hematocrito. (1era y 6ta consulta)</li> <li>- Examen de orina (1era, 5ta y 6ta consulta)</li> <li>- Detección de diabetes gestacional (1era y 3era consulta)</li> <li>- Examen parasitológico</li> <li>- Detección de sífilis (1era y 5ta consulta)</li> <li>- Prueba de ELISA- VHI (1era y 5ta consulta)</li> </ul> <p>14.2 Evaluación de odontología, psicología y nutrición según disponibilidad.</p>
15. Inmunización.	15.1 Vacunación antitetánica precoz – (Enfermera y Obstetra)
<b>16. Evaluar requerimientos nutricionales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descartar desnutrición: Evolución Índice de Masa Corporal.</li> <li>- Evaluación de resultados de exámenes de laboratorio.</li> </ul>
<b>17. Entrega de Suplemento Vitamínico.</b>	<p>17.1 <b>Acido fólico.</b></p> <p>17.2 <b>Suplemento de Hierro (H)</b></p> <p>17.3 <b>Suplemento de Zinc sulfato.</b></p> <p><b>Ver Procedimiento de Suplementación.</b></p>
<b>18. Informar sobre planificación familiar.</b>	<p>18.1 Desarrollar los 5 pasos de consejería sobre planificación familiar y salud reproductiva.</p> <p>18.2 Asegurar entrega de método anticonceptivo después del post parto:</p> <p><b>Métodos AC. DIU.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Firma de receta única estandarizada</li> <li>- Inserción de DIU 48 horas post parto</li> </ul> <p><b>Método AC. Quirúrgico. AQV (Femenino).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Firma de consentimiento informado para método de AQV durante el control prenatal.</li> <li>- Programación del procedimiento después del parto.</li> <li>- Nueva firma de consentimiento informado para método de AQV.</li> <li>- Procedimiento quirúrgico.</li> </ul>
<b>19. Informar sobre lactancia materna.</b>	<p>19.1 Importancia y ventajas de la LM</p> <p>19.2 Motivar a la LM hasta los 6 meses exclusiva y prolongar hasta 24 meses.</p> <p>19.3 Beneficios del contacto inmediato con el recién nacido (piel a piel) y el alojamiento conjunto.</p> <p>19.4 Técnica de amamantamiento.</p>
<b>20. Elaborar plan de parto.</b>	<p>20.1 Motivar la elaboración del plan de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir el EESS donde va a dar a luz.</li> <li>- Tener presente la fecha probable de parto.</li> <li>- Decidir en qué posición dará a luz.</li> <li>- Tener siempre lista la documentación de la madre: Carnet perinatal, DNI, consentimiento informado firmado para método de AQV si procede.</li> </ul>
21. Otras actividades educativas	<p>21.1 Brindar consejería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería nutricional</li> <li>- Orientar medidas higiénicas dietéticas</li> </ul>

<b>II.1 PROCEDIMIENTO DE ATENCION PRENATAL REENFOCADA</b>	
<b>Médico, Obstetra</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Signos de peligro</li> <li>- Parto institucional.</li> </ul>
22. Próxima cita.	22.1 Brindar indicaciones escritas sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecha de próxima cita</li> <li>- Signos de peligro</li> </ul> 22.2 Evaluar comprensión de instrucciones y signos de peligro. Usar rotafolio. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar hasta asegurar comprensión</li> </ul> 22.3 Verificar que toda la información figure en la HCMP.
23. Reporte de la atención	23.1 Registro en los formatos según corresponda
24. Seguimiento de gestantes.	24.1 Visita de seguimiento a gestantes que no acuden a una cita de control prenatal. (una semana después).

**Documentos técnicos:**

- Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM N° 668-2004/MINSA
- Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON) en los Establecimientos de Salud. Directiva Sanitaria No 001-MINSA/DGSP-V.01

**III. INDICACION Y ENTREGA DE SUPLEMENTO VITAMINICO Y ANTIPARASITARIO**

**Requisitos previos: Actividad a realizar dentro de Control Prenatal-**

**Disponibilidad Recursos:**

## a. Insumos:

- Acido fólico 400 microgramos (ugs) más Sulfato ferroso 300 miligramos (60 miligramos de Hierro elemental) Tabletas
- Zinc 20 miligramos Tabletas
- Albendazol 400mg Tabletas

<b>III.1 PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS Y ANTIPARASITARIO</b>	
<b>Médico, obstetra</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Recepción y atención integral de la gestante.	1.1 Entrega del paquete integral de atención a la gestante
2. Solicitar Exámenes auxiliares.	2.1 Solicitar exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobina o hematocrito. (1era y 6ta consulta)</li> <li>- Examen de parásitos seriado de heces.</li> </ul>
3. Realizar exámenes.	3.1 Procesamiento y resultados en un plazo recomendable no más de 15 días.
4. Evaluación de resultados.	4.1 Hemoglobina: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia: Hb = o &lt; 11 gr/dl, Hto = o &lt; 33%</li> </ul> 4.2 Examen de heces: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helmintiasis intestinal: áscaris, oxiuros, uncinarias, trichuris.</li> </ul>

<b>III.1 PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS Y ANTIPARASITARIO</b>	
Médico, obstetra	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
5. Tratamiento Parasitosis.	<b>En el segundo y tercer trimestre:</b> 5.1 Albendazol, 400 mg via oral, dosis única.  Reduce considerablemente la prevalencia de anemia en las embarazadas.
6. Tratamiento Anemia	6.1 <b>Suplemento de Hierro (H):</b> 600mg (120mgs H. elemental) x día, 6.2 Evaluación con Hb./Hto. al mes, si no mejora, continuar a igual dosis x 3 meses. 6.3 (Dar el tratamiento de parasitosis previamente al tratamiento de anemia)
7. Informar importancia de suplementos vitamínicos.	<b>7.1 Acido fólico:</b> - Disminuye defectos en el tubo neuronal (anencefalia y médula bífida) <b>7.2 Hierro:</b> - Previene y trata Anemia durante el embarazo. <b>7.3 Zinc:</b> - Asociado a reducción de tasas de prematuridad - Mejora crecimiento de niña/o al nacer.
8. Indicación y entrega de suplementos.	8.1 <b>Acido fólico:</b> 400 ug. x día durante la gestación.  8.2 <b>Suplemento de Hierro (H):</b> Profiláctico: 300 mg (60 mgs H. elemental). x día a partir semana 16 de gestación  8.3 <b>Suplemento de Zinc sulfato:</b> Uso en el 2do.trimestre.  Gestante < 18 años: 20mg x día
9. Recomendaciones para consumo de micronutrientes.	<b>Recomendar a la gestante</b>  9.1 Para el consumo del <b>Hierro:</b> - Debe ser tomado entre las comidas: 2 horas antes o 1 hora después. - Acompañar con jugos ricos en acido ascórbico. - No consumirlo con leche, infusiones de hierbas, café o té. - No consumirlo con otros medicamentos. - Incrementar el consumo de verduras, frutas y alimentos ricos en fibra. - Informar sobre posibles efectos: deposiciones oscuras, molestias digestivas leves. 9.2 Para el consumo de <b>Zinc:</b> - No indicar en gestantes con VIH positivo.
10. Seguimiento	10.1 Visita de seguimiento para evaluar consumo de micronutrientes y antiparasitario.
11. Reporte de la atención	11.1 Registro en formatos según corresponda

**Documentos técnicos:**

- Lineamientos de nutrición materno infantil Perú.INS CENAN 2004.

- Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM N° 668-2004/MINSA.
- Serie Lancet 2008. What works? Interventions for maternal and child under nutrition and survival Prof. Zulfigar A. Bhutta-

**IV. IDENTIFICACIÓN Y VIGILANCIA DE GESTANTE CON DESNUTRICIÓN**

**Requisitos previos: Actividad a realizar dentro de Control Prenatal.**

**Disponibilidad Recursos:**

- a. Equipos y materiales:
- Balanza
  - Tallímetro
  - Etiqueta de identificación

<b>III.1 PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS Y ANTIPARASITARIO</b>	
Médico, Obstetra	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Atención integral de la gestante.	1.1 Durante entrega del paquete integral de atención a la gestante en primera consulta y controles posteriores.
2. <b>Evaluar estado nutricional.</b>	<p>2.1 Identificar valoración estado nutricional:</p> <p>Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMC pG)</p> <p>Peso/Talla:</p> <p>Bajo peso= IMC pG &lt; 18.5</p> <p>Normal= IMC pG 18.5-24.9</p> <p>Sobrepeso= IMC pG &gt; 25 a 29</p> <p>Obesidad= IMC pG &gt; 30</p> <p>*Adolescentes debe estar por encima de estos rangos, en mujeres con talla &lt;157cm. la ganancia de peso por debajo de estos rangos.</p> <p>2.2 Identificar factores de riesgo</p>
3. Solicitar exámenes.	3.De acuerdo a procedimiento
4. Brindar consejería alimentación	<p>Informar a madre sobre inadecuada alimentación se recomienda los siguientes lineamientos en nutrición promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución consumo de café, gaseosas, golosinas y dulces durante la gestación y lactancia.</li> <li>• Consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional en la gestante, y</li> <li>• tres comidas principales al día más dos raciones adicionales en mujer durante lactancia.</li> <li>• Consumo de alimentos de origen animal, fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc.</li> <li>• Evitar uso de cigarrillos e ingesta de alcohol y otras drogas durante el embarazo y lactancia.</li> </ul>

III.1 PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS Y ANTIPARASITARIO	
Médico, Obstetra	
Secuencia de Etapas	Actividad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de madre adolescente (&lt;19 años) como de alto riesgo nutricional y de salud, en etapa de gestación y de lactancia.</li> </ul> <p><i>Mujeres adolescentes que no ha terminado su crecimiento tienen mayor probabilidad de alumbrar niños más pequeños que las mujeres mayores con el mismo estado nutricional</i></p>
5. Registro e identificación de riesgo.	5.1 Colocar etiqueta de Riesgo obstétrico y nutricional a gestante identificada. 5.2 Registro de gestante de riesgo.
6. Evaluación de resultados y suplementación	Proceder de acuerdo a procedimiento de suplementación y tratamiento parasitosis
7. Vigilancia del estado nutricional	7.1 Medir Índice de Masa Corporal <ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor incremento peso en 2do y 3er Trimestre.</li> <li>El incremento de peso 200 a 500 grs por semana</li> <li>Incremento brusco &gt; 500 mgrs</li> <li>Escaso incremento &lt; 200 mgrs</li> </ul>
12. Seguimiento	12.1 Visita de seguimiento para evaluar consumo de micronutrientes y antiparasitario.
13. Reporte de la atención	13.1 Registro en formatos según corresponda

**Documentos técnicos:**

- Lineamientos de nutrición materno infantil Perú. INS CENAN 2004
- Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM N° 668-2004/MINSA.
- Serie Lancet 2008. What works? Interventions for maternal and child under nutrition and survival Prof. Zulfigar A. Bhutta

**V. SESION DEMOSTRATIVA LAVADO DE MANOS A GESTANTES**

**Requisitos previos: Actividad a realizar dentro de Control Prenatal-**

**Disponibilidad de Materiales:**

- Agua
- Jabón
- Tina
- Jarra
- Toalla o trapito limpio.

**IV. PROCEDIMIENTO DE SESION DEMOSTRATIVA LAVADO DE MANOS**

**Facilitador**

Secuencia de Etapas	Actividad
1. Recepción y registro de participantes.	1.1 Lista de participantes. 1.2 Presentación de los participantes.
2. Motivación	2.1 Presentación de la situación de salud de las niñas y niños de la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diarreas</li> <li>- Parasitosis</li> </ul>
3. Contenidos educativos.	<p><b>3.1 Mensaje 01: Importancia del lavado de manos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El lavado de manos es la práctica más simple, importante y efectiva en la prevención de infecciones diarreicas.</li> <li>- Se obtiene mejor resultado si se utiliza jabón.</li> </ul> <p><b>3.2 Mensaje 02: Momentos importantes para el lavado de manos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Después de utilizar el baño.</li> <li>- Después de cambiar los pañales al bebé.</li> <li>- Después de sonarse o limpiarse la nariz.</li> <li>- Antes de preparar la comida</li> <li>- Antes de comer.</li> <li>- Antes de alimentar a las niñas o niños.</li> </ul>
4. Demostración del lavado de manos.	<p>Antes de iniciar la demostración quitarse los anillos, reloj, pulsera.</p> <p>4.1 Mojar las manos hasta parte de los brazos con agua a chorro.</p> <p>4.2 Jabonarse la mano hasta que salga espuma, enjuagar el jabón y dejarlo en un lugar seco (jabonera).</p> <p>4.3 Frotar fuerte las manos con la espuma hasta las muñecas, limpiar entre los dedos y dentro de las uñas.</p> <p>4.4 Enjuagar las manos con agua a chorro hasta quitar todo el jabón.</p> <p>4.5 Secar las manos con una toalla o trapito <b>limpio</b>.</p>
5. Practica de lavado de manos.	<p>5.1 Conformación de grupos Grupos de 4 personas cada uno.</p> <p>5.2 Cada participante practica el lavado de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribución de materiales</li> <li>- Motive la practica uno a uno describiendo el proceso mientras los otros observan</li> </ul>
6. Verificación del aprendizaje.	<p>6.1 Verifique entre los participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia del lavado de manos</li> <li>- Momentos del lavado de manos</li> <li>- Proceso del lavado de manos</li> </ul>
7. Reporte de la actividad	7.1 Registro en formatos según corresponda.

**Documento técnico:**

- Elaboración propia, con referencia de la Guía de sesiones demostrativas. CENAN/INS/MINSA

**VI. CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR - PPF****Requisitos previos:****Lugar:**

- a. Espacios para la prestación intramuros:
  - Consultorio: integral de la mujer y/o PPF.
  - Hospitalización: sala puerperio

**Disponibilidad Recursos**

- b. Disponibilidad formatos:
  - Carnet de PPF del usuario.
  - Formatos HIS
  - Formatos SIS
  - Receta única estandarizada de PPF.
  - Consentimiento informado y solicitud de intervención (AQV)
- c. Disponibilidad de insumos anticonceptivos conforme a programación.
- d. Preparación del ambiente físico: privacidad (visual y auditiva) y confidencial.
- e. Mobiliario mínimo para ubicar insumos, folletería y material de apoyo.
- f. Material de apoyo: rotafolio, folletería y maquetas de demostración.

V.1 PROCEDIMIENTO DE CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR	
Obstetra, Técnico de enfermería entrenado	
*Ginecólogo/a, Médico general calificado	
Secuencia de Etapas	Actividad
1. Recepción de usuario Individual o de pareja	1.1 Establecer la relación cordial. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibirla/o amablemente</li> <li>- Saludarla/o e identificarse</li> <li>- Crear ambiente confortable y adecuado culturalmente.</li> </ul> 1.2 Preguntar motivo de consulta o visita.
2. Identificar necesidades de la/ el usuaria/o	2.1 Motivar a usuario compartir, necesidades o interrogante sobre su salud o planificación familiar. 2.2 Escuchar con atención y empatía 2.3 Aclarar y repetir para verificar entendimiento de la información que la o el usuario da. <b>Si es usuaria/o nueva/o:</b> 2.4 Explicar información útil para ayudarlos a elegir el método anticonceptivo más adecuado. 2.5 Registrar: datos personales (edad, nivel educativo, número de partos, hijos vivos, estado civil), motivo de consulta, estado general de salud (TBC, ITS, VIH), intenciones reproductivas, experiencia anticonceptiva. <b>Si es usuaria/o continuador/a:</b> 2.6 Indagar sobre efectos secundarios posibles y signos de peligro, según el método que esté usando. <b>Si es usuaria/o adolescente:</b> 2.7 Facilitar acceso 2.8 Espacios y horarios especiales 2.9 Promover participación
3. Responder a las necesidades de la/el usuarios/a.	<b>Si es usuaria/o nueva/o:</b> 3.1 Ofrecer opciones de métodos anticonceptivos ajustados a sus necesidades. 3.2 Explicar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- cómo se usa c/u métodos anticonceptivos,</li> <li>- efectos secundarios posibles,</li> </ul>

V.1 PROCEDIMIENTO DE CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR	
Obstetra, Técnico de enfermería entrenado	
*Ginecólogo/a, Médico general calificado	
Secuencia de Etapas	Actividad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signos de peligro y</li> <li>- qué hacer si ocurren.</li> </ul> <p>3.3 Usuaría/o elige un método anticonceptivo.</p> <p>3.4 Verificar contraindicaciones de anticonceptivo elegido. Orientar a usuaria/o a elegir otro método.</p> <p>3.5 Reforzar explicación sobre uso de método elegido (demostración del uso si procede), efectos secundarios posibles, signos de peligro y qué hacer si estos ocurren.</p> <p>3.6 Si el usuario decide no practicar la anticoncepción, explicar riesgos de quedar embarazada, e invitarla que regrese si cambia de decisión.</p> <p><b>Si es usuaria/o continuador/a:</b></p> <p>3.7 Reforzar explicación de uso del método elegido, efectos secundarios posibles, signos de peligro y qué hacer si estos ocurren.</p> <p><b>Si es usuaria/o adolescente:</b></p> <p>3.8 Brindar información: fisiología, reproducción, sexualidad, paternidad, maternidad responsable, embarazo saludable, opciones anticonceptivas, VIH/SIDA, ITS, embarazo no deseado.</p> <p>3.9 Métodos anticonceptivos apropiados: barrera, hormonales (orales e inyectables), abstinencia periódica. Demostración de uso de métodos si procede.</p>
4. Verificar la comprensión	<p>4.1 Hacer repetir información brindada.</p> <p>4.2 Aclarar información o dudas.</p>
5. Mantener la relación cordial y asegurar seguimiento.	<p>5.1 Programar seguimiento.</p> <p>5.2 Establecer fecha de cita de control o de reabastecimiento de insumo (inyectables, orales, barrera).</p>
6. Entrega de método anticonceptivo elegido.*	<p><b>Métodos anticonceptivos hormonales orales, hormonales inyectables, AOE y barrera.</b></p> <p>6.1 Firma de receta única estandarizada</p> <p>6.2 Entrega de método elegido.</p>
	<p><b>Métodos anticonceptivos DIU.</b></p> <p>6.3 Firma de receta única estandarizada</p> <p>6.4 Inserción de DIU.</p>
	<p><b>Método anticonceptivo quirúrgico – AQV (femenino o masculino).</b></p> <p>6.5 Firma de consentimiento informado para método de AQV.</p> <p>6.6 Referir si procede</p> <p>6.7 Cita para procedimiento</p>

<b>V.1 PROCEDIMIENTO DE CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR</b>	
<b>Obstetra, Técnico de enfermería entrenado</b>	
*Ginecólogo/a, Médico general calificado	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
	6.8 Nueva firma de consentimiento informado para método de AQV. 6.9 Procedimiento quirúrgico.
7. Registro de atención	7.1 Registro en formatos básicos: - Carnet de usuarios - Formatos HIS - Formatos SIS
8. Seguimiento de usuarias/os.	<p><b>Métodos anticonceptivos hormonales orales, hormonales inyectables, AOE y barrera.</b></p> <p>8.1 Mensual: control y provisión de hormonales orales 8.2 Cada 3 meses: control y provisión de hormonal inyectable</p> <p><b>Métodos anticonceptivos DIU.*</b></p> <p>8.3 Primer control: 3 o 4 semanas post inserción. 8.4 Controles posteriores: semestral y anual</p> <p><b>Método anticonceptivo quirúrgico – AQV (femenino o masculino).*</b></p> <p>8.5 Primer control: entre el 3er y 7mo día 8.6 Segundo control: a los 30 días 8.7 Controles posteriores: anuales</p>

**Documentos técnicos:**

- Norma técnica de planificación familiar. NT N° 032-MINSA/DGSP-V.01, 2005.
- Manual de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva. RM N° 290-2006/MINSA.

**GUÍA DE PROCEDIMIENTOS**

**INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA REDUCIR LA  
DESNUTRICIÓN INFANTIL CRÓNICA**

**EN ATENCIÓN DE PARTOS**

**I. AFILIACION AL SIS**

**I.1 Afiliación de la gestante en trabajo de parto:**

**Requisitos previos:**

**De la gestante:**

- d. Contar con DNI o carnet de extranjería, mas fotocopia
- e. Estar registrado en el SISFHO
- f. No contar con otro seguro de salud

**De los servicios:**

- c. Formato de recolección de datos, o
- d. Centro de digitación con acceso a internet (no indispensable) y código de usuario SISFHO.

<b>I.1 PROCEDIMIENTO DE AFILIACION DE LA GESTANTE AL SIS</b>	
<b>Personal del SIS</b>	
<b>*Personal de Administración u otro</b>	
<b>** Centro de digitación</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
7. Captación de la gestante.*	7.1 Verificar si cuenta con el SIS. <b>Si cuenta con el SIS:</b>  7.2 Procede atención parto Si no cuenta con el SIS  7.3 Proceda con pasos de afiliación.
8. Identificación de la gestante.*	1.1 Solicitar DNI o carnet de extranjería y fotocopia.
9. Verificación de registro en el SISFHO y evaluación de elegibilidad.	<b>Si el EESS tiene acceso a internet</b>  9.1 Verificar registro en el SISFHO 9.2 Verificar en el enlace de ESSALUD, si cuenta con este seguro. <b>Si el EESS no tiene acceso a internet</b>  9.3 Completar formato de recolección de datos. 9.4 Remitir al centro de digitación <b>9.5</b> Centro de digitación realiza verificación <b>Evaluar resultados:</b>  9.6 Registrada en el SISFHO y no cuenta con ESSALUD: afiliación al SIS. 9.7 No registrada en el SISFHO: solicitar al SISFOH la incorporación al PGH para obtenga la calificación respectiva. 9.8 No elegible o cuenta con otro seguro: no procede filiación.
10. Afiliación al SIS	10.1 Ingreso de solicitud de afiliación
11. Resultado de la afiliación.	11.1 SI Informa a la gestante el resultado, comunicado por el Centro de Digitación. 11.2 NO Informa no cobertura, pago directo
12. Reporte de afiliaciones**	12.1 Elaboración de listado de afiliaciones realizadas según establecimiento de salud de forma periódica.

**II. ATENCION PARTO INSTITUCIONAL**

**Requisitos previos:****Lugar:**

- h. Espacios para la prestación intramuros:
- Centro Obstétrico
  - Sala de Operaciones
  - Sala Atención Inmediata Recién Nacido
  - Sala de Hospitalización Puerperio inmediato

**Disponibilidad Recursos:**

- i. Formatos de registro:
- Historia clínica materno neonatal (HCMN)
  - Carnet perinatal
  - Solicitud de análisis de laboratorio
  - Formatos HIS
  - Formatos SIS
  - Partograma
- j. Equipos:
- Básico de Centro Obstétrico
  - Básico de Sala de Operaciones
  - Básico de Sala Atención Inmediata Recién Nacido
  - Básico de Sala de Puerperio inmediato

<b>II. ATENCION PARTO LIMPIO</b>	
<b>Médico, Obstetra</b>	
<b>*Medico, Obstetra, técnico enfermería</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
25. Recepción de la gestante.	25.1 Revisar Antecedentes y Tarjeta CPN 25.2 Identificar factores de Riesgo. 25.3 Antecedentes ginecológicos, patológicos y epidemiológicos
26. Detectar emergencia obstétrica.	26.1 Identificar signos de peligro de emergencia obstétrica. 26.2 Dx de Ingreso y Hospitalización
27. Registro Historia Clínica HCMP y carnet perinatal.	27.1 Ex Físico 27.2 Completar con información de la HCMP y carnet perinatal. <b>Registros libro de Ingreso</b> 27.3 Llenar de forma apropiada y concreta.
28. Cálculo de la edad gestacional.	28.1 Uso de gestograma 28.2 Medir desde la sínfisis del pubis hasta fondo de útero. (cinta métrica) 28.3 Confirmar Edad Gestacional
29. Medir talla y Peso*	29.1 Usar Tallímetro de pie, descalza 29.2 Calcular Índice Masa Corporal.
30. Realizar examen pélvico.	<b>30.1</b> Tacto Vaginal evaluar: pared vaginal, cérvix, secreciones o sangrado, pérdida de líquido.
31. Exámenes auxiliares y otras evaluaciones	31.1 Solicitar exámenes de laboratorio: - Grupo sanguíneo factor Rh - Hemoglobina o hematocrito. - Examen de orina - Glucosa - Detección de sífilis
32. Evaluar resultados Laboratorio y tratamiento	32.1 Identificar. Infección  - Anemia

<b>II. ATENCIÓN PARTO LIMPIO</b>	
<b>Médico, Obstetra</b>	
<b>*Médico, Obstetra, técnico enfermería</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
	- Instaurar tratamiento
33. Evaluar Trabajo Parto	9.1 Según Norma MINSA
34. Atención parto	34.1 Según Norma MINSA
35. Atención modificada tercer periodo	<p>11.1 En etapa de alumbramiento (salida del recién nacido hasta la expulsión de placenta)</p> <p>11.2 Período alto riesgo, persiste como principal causa de muerte materna por hemorragia.</p> <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Occitocina 5 a 10 UI, IM, o</li> <li>• Metilergonovina 0.5 mg, IM, o</li> <li>• Misoprostol 0.4 a 0.8 mg, VO</li> <li>• Tracción del cordón umbilical y contracción del útero + masaje uterino abdominal</li> </ul> <p>Intervenciones demostradas para disminuir sangrado y número de transfusiones a la madre.</p> <p>Todos incrementan riesgo de retención placentaria y anemia en el recién nacido.</p> <p>Los ocitócicos incrementan al doble la frecuencia de retención placentaria.</p>

**Documentos técnicos:**

- Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM N° 668-2004/MINSA
- Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON) en los Establecimientos de Salud. Directiva Sanitaria No 001-MINSA/DGSP-V.01.
- Documento Técnico OPS AIEPI Neonatal Intervenciones basada en evidencia 2009

<b>III.CLAMPAJE CORDON UMBILICAL TARDIO</b>	
Médico, Obstetra	
*Médico, obstetra, Enfermera Recién Nacido	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
a) Evaluación situacional.	a) Embarazos sin patología b) Feto único y en presentación cefálica c) Parto que posteriormente termina por vía vaginal y en forma espontánea d) Gestación y Feto a término: 37-41 semanas cumplidas e) Neonato de peso Adecuado para Edad gestacional f) Recién Nacido vigoroso al 1' y 5' de vida, Apgar >7. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respira o llora</li> <li>• Buen tono muscular</li> <li>• Coloración rosada (comienza a visualizarse a los 3 o 4 minutos de vida)</li> </ul>
b) Factores de Exclusión	a) Incompatibilidad sanguínea ABO b) Serologías maternas positivas c) Líquido teñido meconio d) Alteraciones registro cardiotocográfico e) Circulares de cordón ajustado f) Recién Nacidos con riesgo/signo Hipotermia g) Todo que no incluya criterios punto 1.
c) Explicar procedimiento.	a) Informar a madre procedimiento a seguir. b) Incidir en ventajas, <ul style="list-style-type: none"> <li>• incremento hematocrito neonatal 50% en RN.</li> <li>• Incremento reservas hierro por lo que disminuye prevalencia de anemia en 4-6 meses vida.</li> </ul>
d) Clampaje tardío.*	a) Luego nacimiento del RN b) Realizar ligadura en extremo proximal de madre a los 2 minutos del nacimiento./término latido de Cordón umbilical. c) Preferencia posición 20 cm por debajo nivel de madre. d) Corte con tijera estéril. e) Ordeñar Cordón Umbilical hacia Recién Nacido. f) Clampaje a 2-3 cm de ombligo RN.

**Documentos técnicos:**

- Documento Técnico OPS AIEPI Neonatal Intervenciones basada en evidencia 2009
- Documento Lancet sobre Intervenciones Efectivas para reducir desnutrición crónica Infantil.
- Estudio comparativo Ligadura Precoz vs ligadura tardía Cordón umbilical. TD.2008

<b>IV.CONTACTO FISICO PRECOZ</b>	
<b>Médico, Enfermera ,Recién Nacidos</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Realizar evaluación RN.	a) Evaluación inmediata Recién Nacido b) Valorar Apagar y siguientes signos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respira o llora</li> <li>• Buen tono muscular</li> <li>• Coloración rosada (comienza a visualizarse a los 3 o 4 minutos de vida)- <i>Al nacer:</i></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la temperatura ambiental en sala de partos entre 28-30° C</li> <li>• Secado y abrigo</li> <li>• No aspirar boca ni nariz</li> <li>• Luego de Clampaje tardío.</li> <li>• Aplicar 1 mg de vitamina K1, intramuscular</li> <li>• Profilaxis de infección ocular con nitrato de plata al 1% ó tetraciclina al 1% o ó eritromicina.</li> <li>• Colocar brazaletes de identificación</li> </ul>
2. Información madre	a) Valorar buen estado de madre  <b>Informar de beneficios para madre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula liberación de oxitocina, provocando contracciones uterinas.</li> <li>• Posible efecto estados ,ánimo materno.</li> </ul> <b>Beneficios Recién nacidos inmediatos y largo plazo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera inmunización previene morbilidad (otitis, EDA, IRA muerte súbita, enterocolitis necrotizante) y mortalidad neonatal.</li> <li>• Asociado a duración prolongada LM.</li> <li>• Mejor desarrollo motor</li> </ul>
3. Realizar procedimiento	Colocar contacto piel a piel de madre con Recién Nacido.  Estimular lactancia.  Realizar en la primera hora nacido, no mayor de 10  Apoyo directo de personal a madre con cesárea.
4. Continuar rutina	Mantener al recién nacido con su madre desde el nacimiento.  Amamantarlo en las primeras dos horas de vida.

**Documento técnico:**

- Documento Técnico OPS AIEPI Neonatal Intervenciones basada en evidencia 2009
- Documento Lancet sobre Intervenciones Efectivas para reducir desnutrición crónica Infantil.

<b>V.LACTANCIA MATERNA en ALOJAMIENTO CONJUNTO</b>	
<b>Enfermera Recién Nacidos, Técnico Enfermería.</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Realizar examen mamas.	1.1 Evaluar protactilidad de Pezones. 1.2 Informar beneficios del alojamiento conjunto
2. Actividad del Recién Nacido	2.1 Verificar no presencia de patología neonatal.
3. Ingesta Calostro.	a) Informar importancia y ventajas del Calostro a madre.
4. Técnica de LM.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición abdomen niño contacto vientre materno brazo de RN debajo de axila materna ,</li> <li>• Mano en posición tijera sobre mama</li> <li>• Introducir areola verificar succión de areola no pezón.</li> <li>• Lactancia por 10´cada lado</li> <li>• Intercambio de mamas eliminar gases</li> <li>• Inicio de nueva lactancia por última mama que lactó RN.</li> <li>• Beneficios del contacto con recién nacido en alojamiento conjunto.</li> </ul>
5. Sesión demostrativa Lactancia Materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivar a la LM hasta los 6 meses exclusiva y prolongar hasta 24 meses-</li> <li>• Utilizar Rotafolios</li> <li>• Explicar fisiología lactancia</li> <li>• Características de deposiciones</li> <li>• Brindar consejería:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Consejería nutricional</li> <li>b) Orientar medidas higiénicas dietéticas</li> <li>c) Lavado de manos</li> <li>d) Señales de peligro</li> </ul> </li> </ul>

**Documento técnico:**

- Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y niño. MINSA.
- AIEPI Clínico con enfoque de Derechos

**VI. CONSEJERIA PARA LA IDENTIFICACION DE SIGNOS DE PELIGRO EN EL RECIEN NACIDO:**

**Requisitos previos:****Lugar:**

- a. Espacios para la prestación intramuros:  
 - Hospitalización : Sala de puerperio

**Disponibilidad de materiales de apoyo:**

- b. Rotafolio signos de peligro  
 c. Volantes con signos de peligro

<b>VI. PROCEDIMIENTO DE CONSEJERIA EN LA IDENTIFICACION DE SIGNOS DE PELIGRO EN EL RECIEN NACIDO</b>	
<b>Enfermera de atención del recién nacido</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
14. Saludo y presentación.	8.8 Establecer la relación cordial. - Saludarla/o e identificarse - Crear ambiente confortable y de confianza.
15. Motivación	15.1 Informar que la salud y la vida del recién nacido depende de los cuidados. 15.2 Identificar conocimiento previo de la madre respecto a las signos de peligro en el recién nacido.
16. Informar signos de peligro.	<b><i>Explicar y mostrar material de apoyo:</i></b> 16.1 Signos de peligro del RN: - No puede mamar y vomita todo lo que toma. - Ombligo rojo o con pus. - Pérdida de peso - Respira agitado y con ruidos - Se pone morado - Fiebre o enfriamiento - No se mueve, parece dormido - Se pone amarillo - Granitos en todo el cuerpo - Diarrea o caquita con sangre - Ojos con pus o legaña - Cavidad oral con lesiones blanquecinas 16.2 Indicar que en caso de presentarse uno o más signos de peligro buscar ayuda en el establecimiento de salud más cercano.
17. Verificar comprensión	17.1 Hacer repetir información brindada. 17.2 Aclarar información o dudas. 17.3 Entregar material de apoyo (volantes)
18. Reporte de la atención.	18.1 Registro en formatos según corresponda.

**Documento técnico:**

- AIEPI Clínico con enfoque de Derechos

**VII. CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR - PPF**

**Requisitos previos:**

**Lugar:**

- g. Espacios para la prestación intramuros:
  - Hospitalización: sala puerperio

**Disponibilidad Recursos**

- h. Disponibilidad formatos:
  - Carnet de PPF del usuario.
  - Receta única estandarizada de PPF.
  - Consentimiento informado y solicitud de intervención (AQV)
- i. Disponibilidad de insumos anticonceptivos conforme a programación.
- j.

<b>VII. CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR</b> <b>Obstetra, Técnico de enfermería entrenado</b>  <b>* Ginecólogo/a, Médico general calificado, Obstetra</b>	
Secuencia de Etapas	Actividad
9. Identificar necesidades de la usuaria	9.1 Motivar a usuario compartir, necesidades o interrogante sobre su salud o planificación familiar. 9.2 Escuchar con atención y empatía 9.3 Aclarar y repetir para verificar entendimiento de la información que la o el usuario da. <b>Si es usuaria nueva:</b>  9.4 Explicar información útil para ayudar a elegir el método anticonceptivo más adecuado. 9.5 Revisar: datos personales (edad, nivel educativo, número de partos, hijos vivos, estado civil), estado general de salud (TBC, ITS, VIH), intenciones reproductivas, experiencia anticonceptiva. <b>Si es usuaria continuadora:</b>  9.6 Indagar efectos secundarios posibles y señales de peligro, según el método que esté usando. <b>Si es usuaria adolescente:</b>  9.7 Facilitar acceso 9.8 Espacios y horarios especiales 9.9 Promover participación
10. Responder a necesidades de la usuaria.	<b>Si es usuaria nueva:</b>  10.1 Ofrecer opciones de métodos anticonceptivos ajustados a sus necesidades. 10.2 Explicar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- cómo se usa c/u métodos anticonceptivos,</li> <li>- efectos secundarios posibles,</li> <li>- señales de peligro y</li> <li>- qué hacer si ocurren.</li> </ul> 10.3 Usaria/o elige un método anticonceptivo. 10.4 Verificar contraindicaciones de anticonceptivo elegido. Orientar a usuaria a elegir otro método. 10.5 Reforzar explicación sobre uso de método elegido (demostración del uso si procede), efectos secundarios posibles, señales de peligro y qué hacer si estos ocurren.

VII. CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR	
Obstetra, Técnico de enfermería entrenado	
* Ginecólogo/a, Médico general calificado, Obstetra	
Secuencia de Etapas	Actividad
	<p><b>Si es usuaria/o continuadora:</b></p> <p>10.6 Reforzar explicación de uso del método elegido, efectos secundarios posibles, señales de peligro y qué hacer si estos ocurren.</p> <p><b>Si es usuaria/o adolescente:</b></p> <p>10.7 Brindar información: fisiología, reproducción, sexualidad, opciones anticonceptivas, VIH/SIDA, ITS, embarazo no deseado.</p> <p>10.8 Métodos anticonceptivos apropiados: barrera, hormonales (orales e inyectables), abstinencia periódica. Demostración de uso de métodos si procede.</p>
11. Verificar la comprensión	<p>11.1 Hacer repetir información brindada.</p> <p>11.2 Aclarar información o dudas.</p>
12. Entrega de método anticonceptivo elegido.	<p><b>Métodos anticonceptivos hormonales orales, hormonales inyectables, AOE y barrera.</b></p> <p>12.1 Firma de receta única estandarizada</p> <p>12.2 Entrega de método elegido.</p> <p><b>Métodos anticonceptivos DIU.*</b></p> <p>12.3 Firma de receta única estandarizada</p> <p>12.4 Inserción de DIU.</p> <p><b>Método anticonceptivo quirúrgico – AQV.*</b></p> <p>12.5 Firma de consentimiento informado para método de AQV.</p> <p>12.6 Programar procedimiento</p> <p>12.7 Nueva firma de consentimiento informado AQV.</p> <p>12.8 Procedimiento quirúrgico.</p>
13. Registro de atención	<p>13.1 Registro en formatos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carnet de usuarios</li> <li>- Formatos HIS</li> <li>- Formatos SIS</li> </ul>
14. Seguimiento de usuarias.	<p><b>En establecimiento de origen o Referencia</b> Mensual: control y provisión de hormonales orales</p> <p>14.1 Cada 3 meses: control y provisión de hormonal inyectable</p> <p><b>Métodos anticonceptivos DIU.*</b></p> <p>14.2 Primer control: 3 o 4 semanas post inserción.</p> <p><b>14.3</b> Controles posteriores: semestral y anual</p> <p><b>Método anticonceptivo quirúrgico – AQV (femenino o masculino).*</b></p> <p>14.4 Primer control: entre el 3er y 7mo día</p> <p>14.5 Segundo control: a los 30 días</p> <p>14.6 Controles posteriores: anuales</p>

**Documentos técnicos:**

- Norma técnica de planificación familiar. NT N° 032-MINSA/DGSP-V.01, 2005.
- Manual de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva. RM N° 290-2006/MINSA.

**VIII. Afiliación del Recién Nacido:**

**Requisitos previos:**

**De la gestante:**

- a. Estar asegurada al SIS, o
- b. Contar con DNI o carnet de extranjería.

**De los servicios:**

- a. Servicio de atención del parto.
- b. Formato de recolección de datos, o
- c. Centro de digitación con acceso a internet (no indispensable) y código de usuario SISFHO.

<b>VIII. PROCEDIMIENTO DE AFILIACION DEL RECIEN NACIDO AL SIS</b>	
<b>Personal del SIS</b>	
<b>*Personal de salud atención del recién nacido.</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Atención del parto y del recién nacido*	1.1 Asegurar proceso de afiliación del recién nacido.
2. Verificar afiliación al SIS de la madre.	2.1 Solicitar DNI o carnet de extranjería. 2.2 Verificar afiliación al SIS - Afiliada: inscripción del recién nacido. - No afiliada: iniciar proceso de afiliación de la madre.
3. Inscripción de la recién nacido.	3.1 Inscripción del recién nacido: (vigencia 90 días) - DNI y elegibilidad en el SISFHO de la madre. (Formato de recolección de datos) 3.2 Tramite de obtención del DNI del recién nacido.
4. Verificación en SISFHO si el recién nacido se encuentra registrado y si es elegible para el SIS subsidiado.	6.1 Solicitar DNI del recién nacido. <b>Si el EESS tiene acceso a internet</b> 12.2 Verificar registro en el SISFHO <b>12.3</b> Verificar en el enlace de ESSALUD, si cuenta con este seguro. <b>Si el EESS no tiene acceso a internet</b> 12.4 Completar formato de recolección de datos. 12.5 Remitir al centro de digitación correspondiente <b>12.6</b> Centro de digitación realiza verificación (5 días de plazo). <b>Evaluar resultados:</b> 12.7 Registrado en el SISFHO y no cuenta con ESSALUD: afiliación al SIS. 12.8 No registrado en el SISFHO: solicitar al SISFOH la incorporación al PGH a fin de que sea evaluado y obtenga la calificación respectiva. 12.9 No elegible o cuenta con otro seguro: no procede filiación.
5. Afiliación al SIS	5.1 Ingreso de solicitud de afiliación
6. Informe de afiliación.	6.1 Informa a la madre el resultado según lo comunicado por el Centro de Digitación. 6.2 Informa a la madre que a partir de la fecha para atender al recién nacido sólo deberá presentar el DNI del menor.

## **GUÍA DE PROCEDIMIENTOS**

### **INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL CRÓNICA**

#### **EN ATENCIÓN A NIÑO LACTANTE**

## I. VACUNACION

### Requisitos previos:

#### Lugar:

- a. Espacios para la prestación intramuros:
  - Consultorio: Consultorio integral del niño y la niña
- b. Espacios para la prestación extramural:
  - Campañas, barridos de vacunación.

### Disponibilidad de recursos:

- c. Cadena de frío: Refrigeradores y/o elementos complementarios (cajas termicas, termos, paquetes frios, termómetros de baston).
- d. Formatos de registro:
  - Registro diario de vacunación (block)
  - Formatos HIS (block)
  - Carnet de atención integral del niño y la niña
  - Kardex de vacunas
  - Formato de analítico
  - Formato de movimiento de biológicos y jeringas
  - Registro de temperatura
- e. Materiales:
  - Jeringas de 0.5 y 1cc o jeringa retractable de 1cc
  - Agujas 26 G x 3/8" o aguja 27 Gx1/2", 25 G x 5/8", 25 G x 1", 23 G x 1"
  - Algodón, alcohol
  - Guantes
  - Papel toalla
  - Jabón líquido
  - Dispensador de agua
  - Vasos plásticos
  - Caja de bioseguridad
- f. Esquema nacional de vacunación para menores de 1 año:

Grupo objetivo	Edad	Vacuna
Niñas y niños menores de 1 año	Recién nacido	BCG y HVB
	2 meses	1° pentavalente 1° APO 1° Contra rotavirus 1° Antineumocóccica
	4 meses	2° pentavalente 2° APO 2° Rotavirus 2° Antineumocóccica
	6 meses	3° pentavalente 3° APO
	7 meses	1° Influenza
	8 meses	2° Influenza
Niñas y niños de 1 año	12 meses	SPR 3° Antineumocóccica

\* Tener en cuenta esquema de niños portadores del VHI o de madres portadoras del VIH.

<b>I. PROCEDIMIENTO DE VACUNACION</b> <b>Responsable de la atención integral de la niña y el niño.</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Recepción de la madre y el niño menor de 1 año al control de crecimiento y desarrollo.	1.1 Verificar en el carnet de atención integral del niño y la niña. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar estado de vacunación de la niña o el niño de acuerdo a su edad.</li> <li>- Verificar cita para vacunación.</li> <li>- Evitar oportunidades pérdidas.</li> </ul>
2. Administración de la vacuna.	2.1 Solicitar carnet de control de la madre para identificar de riesgo de VIH. 2.2 Administración de la vacuna según esquema de vacunación, teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad del menor</li> <li>- Tipo de vacuna</li> <li>- Lugar de administración</li> <li>- Vía de administración</li> <li>- Técnica de administración</li> </ul> 2.3 Información sobre posibles reacciones adversas: reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento), fiebre, irritabilidad o malestar. 2.4 Recomendar medidas de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracetamol</li> <li>- Medios físicos</li> </ul>
3. Registro de vacunación.	3.1 Registro diario de vacunación. 3.2 Registro en historia clínica de la niña o el niño 3.3 Registro carnet de atención integral del niño y la niña: anotar la fecha en la que se aplico la dosis.
4. Programación de cita	4.1 Programar cita de vacunación teniendo en cuenta el esquema de vacunación. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anotar la fecha de la próxima cita en la Registro carnet de atención integral del niño y la niña.</li> </ul>
5. Seguimiento	5.1 Visita de seguimiento a niñas y niños que no han cumplido con la cita de vacunación.

**Documentos técnicos:**

- Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. RM N° 070-2011/MINSA.

## II. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 6 MESES:

### Requisitos previos:

#### Lugar:

- a. Espacios para la prestación intramuros:
  - Consultorio: Consultorio integral del niño y la niña

### Disponibilidad Recursos:

- b. Formatos de registro:
  - Historia clínica estandarizada
  - Carnet de atención integral del niño y la niña
  - Formatos HIS
  - Registro diario de atención
  - Formato SIS
  - Formato HIS
  - Libro de seguimiento de la atención
  - Curvas de seguimiento: P/E, P/T, T/E y PC
  - Instrumentos de evaluación del desarrollo: < 30 meses = Test abreviado peruano (TAP).
  - Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil
  - Libro de citas
  - Formato SIEN
- c. Equipo:
  - Mesa para examen
  - Espejo grande
  - Papel toalla
  - Guantes
  - Campos y soleras
  - Cinta métrica
  - Balanza pediátrica digital calibrada
  - Infantómetro
  - Estetoscopio pediátrico
  - Termómetro
- d. Esquema de periodicidad de controles de la niña y niño menor de 5 años:

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m, 11m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22m
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m, 57m

<b>II. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 6 MESES</b> Responsable de la atención integral y control de crecimiento y desarrollo.	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Captación del recién nacido.	<p><b>Parto institucional</b></p> <p>1.1 Establecimiento de salud que atendió el nacimiento de la niña o el niño, promueve el control del recién nacido a los 7 y 15 días después del alta.</p> <p><b>Parto no institucional</b></p> <p>1.2 Visita domiciliaria inmediatamente tome conocimiento del nacimiento: programa primer control (7 días).</p> <p>1.3 Referencia a través de los ACS.</p> <p>1.4 Captación en la primera visita al EESS por cualquier motivo.</p>
2. Elaboración del plan de atención integral del niño.	<p><b>Primera consulta:</b></p> <p>2.1 Elaboración del plan: número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, estimulación, consejería nutricional, vacunación, sesiones demostrativas, sesiones educativas, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes.</p> <p><b>Otras consultas:</b></p> <p>2.2 Monitoreo del plan</p>
3. Examen físico de la niña o el niño.	<p>3.1 Lavado de manos, desinfección de instrumentos, equipo medico y mobiliario.</p> <p>3.2 Identificación de signos de peligro</p> <p>3.3 Signos vitales</p> <p>3.4 Evaluación física: guía para el examen físico de la niña y niño.</p>
4. Detección de enfermedades prevalentes.	<p>4.1 Detección de IRAs y EDAs según manual de procedimientos de AIEPI.</p> <p>4.2 Detección de anemia: exámenes de laboratorio (6 meses de edad).</p> <p>4.3 Detección del maltrato y violencia infantil. (ficha de tamizaje de maltrato y violencia familiar). Referencia a psicóloga si procede.</p>
5. Clasificación del estado nutricional.	<p>5.1 Clasificación según indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RN: peso para edad gestacional</li> <li>- &gt; o = 29 días: P/E (sobrepeso, normal desnutrido), P/T (sobrepeso, normal, DNT aguda, DNT severa), T/E (Alto, normal, DNT crónica)</li> </ul> <p>5.2 Graficar curva de crecimiento: HCE y Carnet de atención integral del niño y la niña.</p>
6. Manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales.	<p>6.1 Presencia de enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Referencia a consulta médica para tratamiento y seguimiento.</li> <li>- Cita de seguimiento cada 15 días: consejería en alimentación</li> <li>- Programar visita domiciliaria: apoyar adopción de prácticas adecuadas de alimentación.</li> </ul> <p>6.2 Practicas inadecuadas de alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesiones de consejería nutricional.</li> </ul>
7. Evaluación del desarrollo.	<p>7.1 Test peruano del desarrollo de la niña/o: 0 – 30 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motor postural</li> <li>- Viso motor</li> <li>- Lenguaje</li> </ul>

<b>II. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 6 MESES</b> Responsable de la atención integral y control de crecimiento y desarrollo.	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal social</li> <li>- Inteligencia y aprendizaje</li> </ul> 7.2 Interpretación de los resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo normal</li> <li>- Riesgo para trastorno del desarrollo</li> <li>- Trastorno del desarrollo</li> </ul>
8. Identificación de factores condicionante de salud y nutrición.	8.1 Identificación de factores protectores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- LME.</li> <li>- Vacunación</li> <li>- Lavado de manos</li> <li>- LME durante la enfermedad</li> <li>- Signos de peligro y búsqueda de atención.</li> </ul> 8.2 Identificación factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Socio económicos</li> <li>- Prenatales, natales y post natales</li> </ul>
9. Consejería individual oportuna	9.1 Consejería integral: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Signos de peligro</li> </ul> 9.2 Consejería en lactancia materna exclusiva: consulta del RN hasta 5 meses. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia y ventajas de la LME</li> <li>- Técnica de amamantamiento</li> </ul> 9.3 Consejería en inicio de alimentación complementaria: Consulta de 5 meses <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio, consistencia, calidad, cantidad, frecuencia.</li> </ul>
10. Registro de la atención.	10.1 Llenado de formatos de registro: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica estandarizada</li> <li>- Carnet de vacunación.</li> <li>- Formato HIS, SIS y Otros.</li> </ul>
11. Seguimiento	11.1 Visita de seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- No acude a cita programa (48 horas después).</li> <li>- Crecimiento inadecuado.</li> <li>- Apoyar adopción de prácticas de LME e inicio de alimentación complementaria.</li> </ul> 11.2 Aplicación del guía de seguimiento.

**Documentos técnicos:**

- Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM N° 990 – 2010/MINSA

**III. CONSEJERIA PARA LA IDENTIFICACION DE SIGNOS DE PELIGRO EN LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 6 MESES:**

**Requisitos previos:**

**Lugar:**

- a. Espacios para la prestación intramuros:
  - Consultorio: Integral del niño y la niña, médico

**Disponibilidad de materiales de apoyo:**

- b. Rotafolio signos de peligro
- c. Volantes con signos de peligro
- d.

<b>III. PROCEDIMIENTO DE CONSEJERIA EN LA IDENTIFICACION DE SIGNOS DE PELIGRO EN EL MENOR DE 6 MESES</b>	
Personal de atención integral y control de CD.	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
19. Recepción y atención integral de la niña/niño menor de 6 meses.	19.1 Entrega del paquete integral de atención a la niña y niño menor de 6 meses.
20. Motivación	20.1 Identificar conocimiento previo de la madre respecto a las signos de peligro.
21. Informar signos de peligro.	<p><b><i>Explicar y mostrar material de apoyo:</i></b></p> <p>21.1 Signos de peligro general:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La niña o niño no puede beber ni tomar el pecho.</li> <li>- La niña o niño vomita todo.</li> <li>- La niña o niño ha tenido convulsiones durante la enfermedad.</li> <li>- La niña o niño está letárgico o comatoso.</li> </ul> <p>21.2 Signos de peligro tos o dificultad para respirar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración rápida: 50 o más por minuto</li> <li>- Tiraje subcostal</li> <li>- Estridor</li> <li>- Sibilancias</li> </ul> <p>21.3 Signos de peligro de diarrea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letárgico o comatoso.</li> <li>- Intranquilo o irritable</li> <li>- Ojos hundidos</li> <li>- Boca y lengua secas</li> <li>- Sed: bebe ávidamente</li> <li>- Signo de pliegue positivo: más de 2 segundos</li> <li>- Diarrea por más de 14 días</li> <li>- Diarrea con sangre</li> </ul> <p>21.4 Indicar que en caso de presentarse uno o más signos de peligro buscar ayuda en el establecimiento de salud más cercano.</p>
22. Verificar la comprensión	<p>22.1 Hacer repetir información brindada.</p> <p>22.2 Aclarar información o dudas.</p> <p>22.3 Entregar material de apoyo (volantes)</p>
23. Reporte de la atención.	23.1 Registro en formatos según corresponda.

**Documento técnico:**

- AIEPI Clínico con enfoque de Derechos

**IV. ATENCION DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 6 MESES ENFERMO:**

**Requisitos previos:**

**Lugar:**

- a. Espacios para la prestación intramuros:
  - Consultorio: Integral del niño y la niña, médico

IV. ATENCION DE LA NIÑA NIÑO MENOR DE 6 MESES ENFERMO Personal de atención integral y control de CD.	
Secuencia de Etapas	Actividad
1. Recepción y atención integral de la niña/niño menor de 6 meses.	1.1 Entrega del paquete integral de atención a la niña y niño menor de 6 meses.
2. Evaluar si la niña o el niño tienen signos de peligro general	2.1 Signos de peligro general: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La niña o niño no puede beber ni tomar el pecho.</li> <li>- La niña o niño vomita todo.</li> <li>- La niña o niño ha tenido convulsiones durante la enfermedad.</li> <li>- La niña o niño está letárgico o comatoso.</li> </ul> 2.2 Clasificar como Niña o niño grave: Uno más signos 2.3 Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internar o referir urgentemente al establecimiento de referencia.</li> <li>- Completar con el examen y administrar tratamiento indicado antes de referirlo.</li> </ul>
3 Evaluar si la niña o el niño con tos o dificultad para respirar:	3.1 Signos de peligro tos o dificultad para respirar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración rápida: 50 o más por minuto</li> <li>- Tiraje subcostal</li> <li>- Estridor</li> <li>- Sibilancias</li> <li>- Determinar si es primer episodio es recurrente</li> </ul> 3.2 Clasificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad muy grave/neumonía grave: Estridor y tiraje subcostal</li> <li>- Neumonía: Respiración rápida</li> <li>- No neumonía: resfrío, gripe o bronquitis</li> </ul> 3.3 Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad muy grave/neumonía grave:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar a la madre por qué se da el medicamento.</li> <li>✓ Iniciar primera dosis de antibiótico según norma MINSA vigente.</li> <li>✓ Usar aguja y jeringa descartables. Medir la dosis con precisión.</li> <li>✓ Dar el medicamento mediante una inyección intramuscular o endovenosa.</li> </ul> </li> <li>- Internar o referir al establecimiento de referencia.</li> <li>- Neumonía:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indicar tratamiento antibiótico oral según norma MINSA vigente.</li> <li>✓ Explicar importancia de completar con tratamiento según indicaciones.</li> <li>✓ Demostrar administración a la madre.</li> <li>✓ Importancia de la alimentación: pequeñas cantidades con mayor</li> </ul> </li> </ul>

IV. ATENCION DE LA NIÑA NIÑO MENOR DE 6 MESES ENFERMO Personal de atención integral y control de CD.	
Secuencia de Etapas	Actividad
	<p>frecuencia. LM mayor frecuencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseñar signos de peligro y qué hacer si ocurren.</li> </ul> <p>- No neumonía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratamiento casero inocuo</li> <li>✓ Importancia de la alimentación: pequeñas cantidades con mayor frecuencia. LM mayor frecuencia.</li> <li>✓ Derivarlo para seguimiento nutricional si procede.</li> <li>✓ Signos de peligro y qué hacer si ocurren.</li> </ul>
4 Evaluar si la niña o el niño con diarrea	<p>4.1 Signos de peligro de diarrea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letárgico o comatoso.</li> <li>- Intranquilo o irritable</li> <li>- Ojos hundidos</li> <li>- Boca y lengua secas</li> <li>- Sed: bebe ávidamente</li> <li>- Signo de pliegue positivo: más de 2 segundos</li> <li>- Diarrea por más de 14 días</li> <li>- Diarrea con sangre</li> </ul> <p>4.2 Clasificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deshidratación con shock: dos de esos signos: Letárgico o comatoso, Ojos hundidos, Signo de pliegue positivo:</li> <li>- Deshidratación: dos de estos signos: Intranquilo o irritable, Ojos hundidos, Boca y lengua secas, Sed: bebe ávidamente, Signo de pliegue positivo.</li> <li>- Sin deshidratación: No hay suficientes signos</li> <li>- Persistente: Diarrea por más de 14 días</li> <li>- Disentería: Sangre en las heces</li> </ul> <p>4.3 Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deshidratación con shock: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan C: Líquidos intravenosos</li> <li>✓ Internar o referir urgentemente</li> </ul> </li> <li>- Deshidratación: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan B: SRO por 4 horas</li> <li>✓ Si es grave: Internar o referir urgentemente</li> <li>✓ Si se recupero pasar a Plan A</li> </ul> </li> <li>- Sin deshidratación: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan A: tratar en casa, líquidos caseros</li> <li>✓ Importancia de la alimentación: pequeñas cantidades con mayor frecuencia. LM mayor frecuencia.</li> <li>✓ Informar signos de peligro y qué hacer si ocurren</li> <li>✓ Medidas preventivas</li> <li>✓ Derivarlo para seguimiento nutricional si procede.</li> </ul> </li> </ul>

IV. ATENCION DE LA NIÑA NIÑO MENOR DE 6 MESES ENFERMO Personal de atención integral y control de CD.	
Secuencia de Etapas	Actividad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar y tratar infección</li> <li>✓ Importancia de la alimentación: pequeñas cantidades con mayor frecuencia. LM mayor frecuencia.</li> <li>✓ Informar signos de peligro y qué hacer si ocurren.</li> </ul> </li> <li>- Disentería:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratamiento antibiótico según norma MINSA</li> <li>✓ Importancia de la alimentación: pequeñas cantidades con mayor frecuencia. LM mayor frecuencia.</li> <li>✓ Informar signos de peligro y qué hacer si ocurren</li> </ul> </li> <li>- Referir a establecimiento de referencia se lo requiere.</li> </ul>
5 Cita de seguimiento	5.1 Neumonía: consulta a los 2 días 5.2 No neumonía: consulta a los 5 días 5.3 Con y sin deshidratación: 5 días 5.4 Diarrea persistente: 5 días 5.5 Disentería: 2 días
6 Reporte de la atención	6.1 Registro en formatos según corresponda

**Documento técnico:**

- AIEPI Clínico con enfoque de Derechos

**V. CONSEJERIA NUTRICIONAL INDIVIDUAL****Requisitos previos:****Lugar:**

- a. Espacios para la prestación intramuros:
  - Consultorio: Consultorio integral del niño y la niña, consultorio integral de la mujer.
  - Consultorio de nutrición (\*Según EESS)
- b. Espacios para la prestación extramural:
  - Visita domiciliaria

**Disponibilidad recursos:**

- c. Formatos de registro:
  - Formatos HIS
  - Carnet de atención integral del niño y la niña
  - Formato de seguimiento estandarizado
  - Curvas de seguimiento: P/E, P/T, T/E y PC
- d. Material de apoyo:
  - Rotafolios
  - Recetarios

- Ordenes de laboratorio

**Situaciones para brindar consejería:**

- e. Durante el embarazo
- f. Durante la lactancia materna
- g. Durante el crecimiento y desarrollo normal de la niña/o
- h. Situaciones de riesgo nutricional
- i. Procesos de enfermedades prevalentes de la infancia

<b>V. CONSEJERIA NUTRICIONAL INDIVIDUAL</b>	
Personal que brinda atención integral de la niña, niño o gestante.	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
1. Encuentro y explicación sobre situación encontrada.	1.1 Explicar situación encontrada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo: riesgo nutricional, peso e índice de masa corporal –IMC.</li> <li>- Niño menor de 6 meses: crecimiento normal de la niña/o, riesgo nutricional, enfermedades prevalentes de la infancia, lactante, inicio de alimentación complementaria.</li> </ul> 1.2 Explicar importancia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo: incremento del IMC, ganancia de peso y estado nutricional.</li> <li>- Niño menor de 6 meses: crecimiento y desarrollo adecuado.</li> </ul> 1.3 Explicar consecuencias de los problemas nutricionales en el crecimiento y desarrollo de la niña/o.
2. Análisis de factores causales o riesgo.	2.1 Análisis conjunto de las posibles causas o riesgos (Alimentación, salud, higiene, aspectos sociales, culturales, económicos, sociales, otros). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo: historia clínica materno perinatal.</li> <li>- Niño menor de 6 meses: ficha de evaluación de alimentación.</li> </ul> 2.2 Utilizar material de apoyo para reforzar ideas.
3. Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos.	3.1 Alternativa de solución 3.2 Identificación de la alternativa más conveniente. 3.3 Toma de decisión: máximo 3 acuerdos
4. Registro de acuerdos tomados.	4.1 Registro de acuerdos para el EESS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo: historia clínica materno perinatal.</li> <li>- Niño menor de 6 meses: historia clínica estandarizada.</li> </ul> 4.2 Registro de acuerdos para el interlocutor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de indicaciones.</li> </ul>
5. Cierre y seguimiento de acuerdos tomados.	5.1 Programación de cita de seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intramural: consultorio integral de la mujer o niña/o.</li> <li>- Extramural: visita domiciliaria</li> </ul> 5.2 Seguimiento de acuerdos en citas posteriores.
6. Reporte de la atención	6.1 Registro en formatos según corresponda.

**Documentos técnicos:**

- Documento técnico de consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. RM N° 870-2009/MINSA.
- Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. RM N° 126– 2004/MINSA

## VI. SESIONES DEMOSTRATIVAS

### Requisitos previos:

- a. Local ventilado e iluminado: 4 meses 15 sillas o bancos ubicados en U.
- b. Disponibilidad de agua.
- c. Materiales indispensables para una sesión demostrativa.
- d. Alimentos sancochados
- e. Alimentos crudos
- f. Materiales de apoyo

VI. PROCEDIMIENTO DE SESION DEMOSTRATIVA	
Facilitador	
ANTES DE LA SESION DEMOSTRATIVA	
Secuencia de Etapas	Actividad
1. Convocatoria	1.1 Fije fecha, hora y lugar 1.2 Citar 15 madres de niñas y niños entre 5 a 6 meses:
2. Materiales	2.1 Materiales indispensables para una sesión demostrativa. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha de control de materiales</li> <li>- Fotafolio</li> </ul>
3. Preparación material de apoyo.	3.1 Carteles con mensajes importantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prepare comidas espesas.</li> <li>- El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día.</li> <li>- Coma alimentos de origen animal ricos en hierro todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes.</li> <li>- Acompañe sus preparaciones con verduras, y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro.</li> <li>- Incluya las menestras en sus preparaciones</li> </ul> 3.2 Carteles de motivación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La anemia en nuestras niñas y niños</li> <li>- ¡No te preocupes la desnutrición se puede prevenir!</li> </ul> 3.3 Cartel de grupo de edad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niñas y niños de 6 a 8 meses</li> <li>- Madres que dan de lactar</li> </ul> 3.4 Tarjetas con preparaciones modelo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 preparaciones para niños de 6 a 8 meses.</li> <li>- 1 preparación para madres que dan de lactar.</li> <li>-</li> </ul>
4. Elección de alimentos locales disponibles.	4.1 Provisión o adquisición de alimentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibles localmente, de temporada, baratos.</li> <li>- Alimentos locales equivalentes.</li> <li>- Adecuados para el grupo priorizado.</li> <li>- Utilizar alimentos de la canasta del PIN.</li> </ul> 4.2 Preparar los alimentos:

VI. PROCEDIMIENTO DE SESION DEMOSTRATIVA	
Facilitador	
ANTES DE LA SESION DEMOSTRATIVA	
Secuencia de Etapas	Actividad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos.</li> <li>- Preparaciones modelo: 3 para 6 a 8 meses y 1 para lactante.</li> <li>- Sancochar los alimentos y colocar en embases con tapa.</li> </ul>
5. Recepción y registro de participantes.	5.1 Lista de participantes. 5.2 Presentación de los participantes.
6. Motivación	6.1 Presentación de la situación de salud de las niñas y niños de la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- DNT</li> <li>- Anemia</li> </ul>
7. Contenidos educativos.	7.1 Mensaje 01: Consistencia <b>6 a 8 meses de edad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensaje importante</li> <li>- Preparación modelo: Papilla, puré o mazamoras</li> <li>- Resalta consistencia</li> <li>- Mostrar con cuchara preparación modelo</li> </ul> <b>Madre que da de lactar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de los segundos</li> <li>- Preparación modelo</li> <li>- Importancia de segundos todos los días</li> <li>- Mostrar preparación modelo</li> </ul> 7.2 Mensaje 02: cantidad <b>6 a 8 meses de edad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensaje importante</li> <li>- Muestre u mencione cantidad: ½ plato mediano o 3 o 4 cucharadas</li> <li>- Mostrar preparación modelo</li> <li>- Mencionar que a los 6 meses puede iniciar con 2 o 3 comidas al día e ir aumentando gradualmente.</li> </ul> <b>Madre que da de lactar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad: 1 plato grande</li> <li>- Importancia de segundos todos los días</li> <li>- Frecuencia: 5 veces al día (3 comidas y 2 refrigerios)</li> <li>- Mostrar preparación modelo</li> </ul> 7.3 Mensaje 03: Alimentos de origen animal ricos en hierro. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensaje importante</li> <li>- Mostrar alimentos de origen animal ricos en hierro.</li> <li>- Preparaciones modelo y destaque presencia de alimentos de origen animal.</li> <li>- Servir 2 cucharadas de alimentos de origen animal: cantidad necesaria para la niña/o</li> <li>- Servir 5 cucharadas de alimentos de origen animal: cantidad necesaria para la madre que da de lactar.</li> </ul> 7.4 Mensaje 04: verduras y frutas color anaranjado, amarillo y hojas verdes. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensaje importante</li> <li>- Mostrar alimentos disponibles.</li> <li>- Preguntar otros alimentos de la zona</li> <li>- Importancia del consumo diario</li> </ul> 7.5 Mensaje 05: menestras <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensaje importante</li> </ul>

<b>VI. PROCEDIMIENTO DE SESION DEMOSTRATIVA</b>	
Facilitador	
<b>ANTES DE LA SESION DEMOSTRATIVA</b>	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar alimentos disponibles.</li> <li>- Preguntar otros alimentos de la zona</li> <li>- Preparaciones modelo</li> </ul>
8. Practica de preparación de alimentos.	<p><b>Conformación de grupos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 grupos preparación para niños de 6 a 8 meses</li> <li>- 1 grupo preparación para madres que dan de lactar.</li> </ul> <p>8.1 Lavado de manos: (15 minutos)</p> <p>8.2 Preparación de los alimentos: (30 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribución de materiales</li> <li>- Coloque alimentos en la mesa</li> <li>- Motive el trabajo grupal la preparación</li> <li>- Descripción escrita de la preparación</li> </ul> <p>8.3 Evaluación de las preparaciones: (30 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflejo de los mensajes importantes: Consistencia espesa o es un segundo, cantidad adecuada, alimentos de origen animal, frutas y verduras anaranjados o amarillos u hojas verdes, menestras.</li> <li>- Reforzar si alguna preparación no cumple con los criterios anteriores.</li> </ul>
9. Verificación del aprendizaje.	9.1 Técnicas de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociodrama</li> <li>- Tingo, tingo, tango</li> </ul>
10. Reporte de la actividad	10.1 Registro en formatos según corresponda

**Documento técnico:**

- Guía de sesiones demostrativas. CENAN/INS/MINSA

**VII. SESION DEMOSTRATIVA LAVADO DE MANOS****a. Materiales:**

- Agua
- Jabón
- Tina
- Jarra
- Toalla o trapito limpio

<b>VIII.PROCEDIMIENTO DE SESION DEMOSTRATIVA LAVADO DE MANOS</b>	
Facilitador	
<b>Secuencia de Etapas</b>	<b>Actividad</b>
8. Recepción y registro de participantes.	8.1 Lista de participantes. 8.2 Presentación de los participantes.
9. Motivación	9.1 Presentación de la situación de salud de las niñas y niños de la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diarreas</li> <li>- Parasitosis</li> </ul>
10. Contenidos educativos.	10.1 Mensaje 01: Importancia del lavado de manos <ul style="list-style-type: none"> <li>- El lavado de manos es la más simple, importante y efectiva práctica en la prevención de infecciones diarreicas.</li> <li>- Se obtiene mejor resultado si se utiliza jabón.</li> </ul> 10.2 Mensaje 02: Momentos importantes para el lavado de manos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Después de utilizar el baño.</li> <li>- Después de cambiar los pañales al bebé.</li> <li>- Después de sonarse o limpiarse la nariz.</li> <li>- Antes de preparar la comida</li> <li>- Antes de comer.</li> <li>- Antes de alimentar a las niñas o niños.</li> </ul>
11. Demostración del lavado de manos.	Antes de iniciar la demostración quitarse los anillos, reloj, pulsera. 11.1 Mojar las manos hasta parte de los brazos con agua a chorro. 11.2 Jabonarse la mano hasta que salga espuma, enjuagar el jabón y dejarlo en un lugar seco (jabonera). 11.3 Frotar fuerte las manos con la espuma hasta las muñecas, limpiar entre los dedos y dentro de las uñas. 11.4 Enjuagar las manos con agua a chorro hasta quitar todo el jabón. 11.5 Secar las manos con una toalla o trapito limpio.
12. Practica de lavado de manos.	12.1 Conformación de grupos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos de 4 personas cada uno.</li> </ul> 12.2 Cada participante practica el lavado de manos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribución de materiales</li> <li>- Motive la practica uno a uno describiendo el proceso mientras los otros observan</li> </ul>
13. Verificación del aprendizaje.	13.1 Verifique entre los participantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia del lavado de manos</li> <li>- Momentos del lavado de manos</li> <li>- Proceso del lavado de manos</li> </ul>
14. Reportar la actividad.	14.1 Registrar en formatos según corresponda.

**Documento técnico:**

- Elaboración propia, con referencia de la Guía de sesiones demostrativas. CENAN/INS/MINSA

## Appendix 3: Geographical Allocation of Health Resources

### PROPUESTA TÉCNICA ASIGNACIÓN GEOGRÁFICA DE LOS RECURSOS EN SALUD

# Distribución de recursos adicionales del MINSA a las unidades ejecutoras FINANCIAMIENTO DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2012

PERÚ  
2011

## ANTECEDENTES

La Ley de Presupuesto del 2012 estipula que el MINSA deberá distribuir entre todas las Unidad Ejecutoras (UE) un monto equivalente a NS/ 680 millones adicionales para el financiamiento de los 5 programas presupuestales: Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional, Tuberculosis VIH/SIDA, Enfermedades metaxénicas y zoonosis, Enfermedades no transmisibles y Prevención y control de cáncer.

En este sentido, el objetivo de esta nota es plantear una propuesta para la distribución de los recursos adicionales a las UE, sobre la base de los criterios o pautas de asignación establecidos en la **Nota Metodológica: Regla de asignación de recursos en salud a las unidades ejecutoras** (USAID, 2011). Cabe señalar, que la presente propuesta sólo considera el caso de los recursos que se van a asignar para el financiamiento de los programas Salud Materno Neonatal (PSMN) y Articulado Nutricional (PAN).

## SUPUESTOS:

1. **Distribución de los recursos según programas:** En el presupuesto 2012 no está especificado qué porcentaje de los NS/ 680 millones le va a corresponder a cada programa estratégico, por lo que se va a asumir que estos recursos adicionales se van a distribuir según su participación en la totalidad de recursos presupuestales que se va a asignar a los programas estratégicos en el ejercicio fiscal 2012.

TABLA 1		DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS SEGÚN PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2012				
GR	PAN	SMN	TBC-VIH/SIDA	ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	TOTAL
Estructura	39%	38%	10%	5%	9%	100%
NS/ MM	263	256	66	34	61	680

FUENTE: PROYECTO DE PRESUPUESTO DE LA REPÚBLICA 2012

De esta forma, se asume que el PAN estaría recibiendo el 38,7% de los recursos; mientras que al PSMN le correspondería recibir el 37,6%. El 24,7% restante se distribuiría entre los programas (a) de enfermedades transmisibles, (b) de enfermedades no transmisibles y (c) de prevención y control del cáncer.

Cabe señalar, que el 95% de los recursos que destinan a los programas presupuestales se orientan a financiar gastos corrientes. Sólo un 5% es utilizado para financiar gastos de capital.

2. **Distribución de los recursos según tipo de unidades ejecutoras:** Se requiere definir qué porcentaje del financiamiento a las UE se asignaría a los Hospitales Regionales y qué porcentajes se orientaría al resto de unidades ejecutoras a nivel regional. Es importante realizar esta distinción, por cuanto las intervenciones de cada de ellas tiene un alcance poblacional diferenciado, y en consecuencia, requieren de una lógica de asignación distintas. Para efecto del presente ejercicio se va a asumir la estructura observada en el presupuesto 2011. De acuerdo a ello, el 6% de los recursos del PAN y el 22% de los recursos del PSMN, respectivamente, se dirige a los hospitales regionales. En contraste, el 94% del de los recursos del PAN y el 78% de los recursos del PSMN, respectivamente, se dirige al resto de las unidades ejecutoras.

**TABLA 2**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS SEGÚN TIPO DE UNIDAD EJECUTORA 2012**

Resumen	PAN		SMN	
	Estructura	NS/ MM	Estructura	NS/ MM
UE Salud (No considera Hospitales)	94%	247	77%	196
Hospitales	6%	16	23%	60
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>263</b>	<b>100%</b>	<b>256</b>

FUENTE: SIAF-MEF 2011

## PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN A NIVEL REGIONAL:

3. A continuación se presenta la propuesta de distribución regional de los recursos que se asignaría a cada programa según el tipo de unidad ejecutora considerada. Dicha distribución se ha realizado tomando en consideración la regla explícita que se describe en la **Nota Metodológica** (USAID, 2011) así como la población objetivo correspondiente a cada programa presupuestal. En el caso del PAN, la población objetivo sería los niños menores de 5 años de edad; mientras que para el PSMN, la población objetivo sería el total de madres gestantes y recién nacidos.

**TABLA  
3.A**

**PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PAN A UNIDADES EJECUTORAS (EXCLUYENDO HOSPITALES REGIONALES)**

Año	Población objetivo PAN Miles de personas	Tipo de compensación							Asignación regional del financiamiento adicional			
		Para mejorar equidad (ponderación= 36%)		Para fortalecer efectividad (ponderación 42%)			Promover eficiencia (22%)		Factor de ajuste	Índice de asignación	Distribución objetivo	NS/ MM
		Índice de necesidades de salud	Índice de riesgo social	Índice de brechas de oferta	Índice de coste de atención	Índice de absorción de recursos	Índice de capacidad de gestión					
Amazonas	46.837	1,01	1,34	1,15	1,09	0,97	0,67	1,18	55.137	2%	6	
Ancash	113.717	1,25	1,00	1,12	1,00	0,94	1,08	1,19	134.773	6%	14	
Apurímac	52.514	1,15	1,34	0,91	1,09	0,72	0,83	1,32	69.318	3%	7	
Arequipa	103.537	0,86	1,00	0,81	1,09	1,08	0,72	0,81	84.014	3%	8	
Ayacucho	79.123	1,07	1,34	1,05	1,09	0,72	0,79	1,36	107.535	4%	11	
Cajamarca	162.942	1,04	1,33	1,29	1,00	1,03	0,52	1,14	185.472	8%	19	
Callao	78.590	0,88	0,41	0,81	0,98	0,98	1,51	0,80	62.703	3%	6	
Cuzco	130.057	0,98	1,33	1,08	1,09	0,84	0,87	1,25	163.006	7%	16	
Huancavelica	67.463	0,63	1,34	1,20	1,09	0,77	0,50	1,13	76.446	3%	8	
Huanuco	96.946	1,32	1,34	1,16	1,09	0,97	0,61	1,32	128.028	5%	13	
Ica	69.548	1,34	0,41	0,86	1,00	0,73	0,97	0,91	63.065	3%	6	
Junín	143.585	1,27	1,00	1,15	1,09	1,24	1,10	1,12	161.503	7%	16	
La Libertad	174.136	1,07	1,00	1,05	1,00	1,21	1,09	0,99	172.649	7%	17	
Lambayeque	112.453	1,14	1,00	0,98	1,00	1,28	0,64	0,87	97.943	4%	10	
Lima	85.243	0,79	0,41	0,81	0,98	0,98	1,51	0,78	66.910	3%	7	
Loreto	119.918	1,49	1,33	1,24	1,37	0,95	0,64	1,60	192.028	8%	19	
Madre de Dios	13.218	0,96	1,33	0,82	1,37	0,50	0,99	1,62	21.360	1%	2	
Moquegua	13.705	1,07	0,41	0,81	1,09	0,53	0,75	1,02	14.021	0,6%	1	
Pasco	32.475	1,30	1,33	1,05	1,09	0,84	0,78	1,37	44.379	2%	4	
Piura	188.850	1,08	1,00	1,21	1,00	1,35	0,99	0,98	185.377	8%	19	
Puno	149.992	0,71	1,34	1,19	1,09	1,10	0,87	1,03	153.809	6%	16	
San Martín	83.496	1,03	1,33	1,24	1,09	1,16	0,46	1,08	90.432	4%	9	
Tacna	28.910	1,12	0,41	0,81	1,09	0,83	1,41	0,92	26.575	1%	3	
Tumbes	20.514	0,97	1,00	1,01	1,00	1,08	1,13	0,99	20.328	1%	2	
Ucayali	48.194	1,42	1,00	1,17	1,37	0,96	0,99	1,43	69.031	3%	7	
<b>Perú</b>	<b>2.215.963</b>	<b>1,08</b>	<b>1,08</b>	<b>1,09</b>	<b>1,07</b>	<b>1,03</b>	<b>0,88</b>	<b>1,10</b>	<b>2.445.841</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	

**TABLA  
3.B**

**PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PAN A HOSPITALES REGIONALES**

Año	Población objetivo PAN Miles de personas	Tipo de compensación						Asignación regional del financiamiento adicional			
		Para mejorar equidad (ponderación= 36%)		Para fortalecer efectividad (ponderación 42%)			Promover eficiencia (22%)	Factor de ajuste	Índice de asignación	Distribución objetivo	NS/ MM
		Índice de necesidades de salud	Índice de riesgo social	Índice de brechas de oferta	Índice de coste de atención	Índice de absorción de recursos	Índice de capacidad de gestión				
Amazonas	46.837	1,01	1,34	1,15	1,09	0,97	0,67	1,18	55.137	4%	0,6
Apurímac	52.514	1,15	1,34	0,91	1,09	0,72	0,83	1,32	69.318	5%	0,7
Arequipa	103.537	0,86	1,00	0,81	1,09	1,08	0,72	0,81	84.014	5%	0,9
Ayacucho	79.123	1,07	1,34	1,05	1,09	0,72	0,79	1,36	107.535	7%	1,2
Cajamarca	162.942	1,04	1,33	1,29	1,00	1,03	0,52	1,14	185.472	12%	2,0
Callao	78.590	0,88	0,41	0,81	0,98	0,98	1,51	0,80	62.703	4%	0,7
Cuzco	130.057	0,98	1,33	1,08	1,09	0,84	0,87	1,25	163.006	11%	1,8
Huancavelica	67.463	0,63	1,34	1,20	1,09	0,77	0,50	1,13	76.446	5%	0,8
Ica	69.548	1,34	0,41	0,86	1,00	0,73	0,97	0,91	63.065	4%	0,7
Lambayeque	112.453	1,14	1,00	0,98	1,00	1,28	0,64	0,87	97.943	6%	1,1
Loreto	119.918	1,49	1,33	1,24	1,37	0,95	0,64	1,60	192.028	12%	2,1
Madre de Dios	13.218	0,96	1,33	0,82	1,37	0,50	0,99	1,62	21.360	1%	0,2
Moquegua	13.705	1,07	0,41	0,81	1,09	0,53	0,75	1,02	14.021	0,9%	0,2
Pasco	32.475	1,30	1,33	1,05	1,09	0,84	0,78	1,37	44.379	3%	0,5
Piura	188.850	1,08	1,00	1,21	1,00	1,35	0,99	0,98	185.377	12%	2,0
Tacna	28.910	1,12	0,41	0,81	1,09	0,83	1,41	0,92	26.575	2%	0,3
Tumbes	20.514	0,97	1,00	1,01	1,00	1,08	1,13	0,99	20.328	1%	0,2
Ucayali	48.194	1,42	1,00	1,17	1,37	0,96	0,99	1,43	69.031	4%	0,7
<b>Perú</b>	<b>1.368.848</b>	<b>1,08</b>	<b>1,09</b>	<b>1,07</b>	<b>1,08</b>	<b>0,99</b>	<b>0,82</b>	<b>1,12</b>	<b>1.537.737</b>	<b>100%</b>	<b>16,5</b>

**TABLA  
4.A**

**PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PSMN A UNIDADES EJECUTORAS (EXCLUYENDO HOSPITALES REGIONALES)**

Año	Población objetivo PSMN  Miles de personas	Tipo de compensación							Asignación regional del financiamiento adicional			
		Para mejorar equidad (ponderación= 36%)		Para fortalecer efectividad (ponderación 42%)			Promover eficiencia (22%)	Factor de ajuste	Índice de asignación	Distribución objetivo	NS/ MM	
		Índice de necesidades de salud	Índice de riesgo social	Índice de brechas de oferta	Índice de coste de atención	Índice de absorción de recursos	Índice de capacidad de gestión					
Amazonas	21.569	0,97	1,34	1,15	1,09	0,97	0,67	1,16	25.052	2%	5	
Ancash	52.117	0,97	1,00	1,12	1,00	0,94	1,08	1,08	56.528	5%	10	
Apurímac	23.983	1,00	1,34	0,91	1,09	0,72	0,83	1,25	29.900	3%	5	
Arequipa	47.186	1,00	1,00	0,81	1,09	1,08	0,72	0,86	40.609	4%	7	
Ayacucho	36.615	1,00	1,34	1,05	1,09	0,72	0,79	1,32	48.505	4%	9	
Cajamarca	73.534	1,01	1,33	1,29	1,00	1,03	0,52	1,12	82.415	8%	15	
Callao	34.783	0,97	0,41	0,81	0,98	0,98	1,51	0,81	28.236	3%	5	
Cuzco	58.916	0,99	1,33	1,08	1,09	0,84	0,87	1,25	73.928	7%	13	
Huancavelica	31.715	1,08	1,34	1,20	1,09	0,77	0,50	1,35	42.750	4%	8	
Huanuco	44.032	0,96	1,34	1,16	1,09	0,97	0,61	1,15	50.432	5%	9	
Ica	30.674	0,94	0,41	0,86	1,00	0,73	0,97	0,85	26.059	2%	5	
Junin	66.666	0,98	1,00	1,15	1,09	1,24	1,10	1,02	68.049	6%	12	
La Libertad	77.710	1,01	1,00	1,05	1,00	1,21	1,09	0,97	75.368	7%	14	
Lambayeque	50.060	1,00	1,00	0,98	1,00	1,28	0,64	0,82	41.201	4%	7	
Lima	39.847	1,01	0,41	0,81	0,98	0,98	1,51	0,82	32.575	3%	6	
Loreto	53.795	0,98	1,33	1,24	1,37	0,95	0,64	1,36	73.027	7%	13	
Madre de Dios	5.901	1,05	1,33	0,82	1,37	0,50	0,99	1,66	9.789	1%	2	
Moquegua	6.130	0,98	0,41	0,81	1,09	0,53	0,75	1,01	6.192	0,6%	1	
Pasco	14.521	0,95	1,33	1,05	1,09	0,84	0,78	1,20	17.421	2%	3	
Piura	85.881	1,03	1,00	1,21	1,00	1,35	0,99	0,96	82.754	8%	15	
Puno	68.868	1,04	1,34	1,19	1,09	1,10	0,87	1,18	81.520	8%	15	
San Martín	37.849	1,00	1,33	1,24	1,09	1,16	0,46	1,07	40.388	4%	7	
Tacna	12.948	0,97	0,41	0,81	1,09	0,83	1,41	0,90	11.611	1%	2	
Tumbes	9.124	1,02	1,00	1,01	1,00	1,08	1,13	1,01	9.211	1%	2	
Ucayali	20.958	0,96	1,00	1,17	1,37	0,96	0,99	1,27	26.525	2%	5	
<b>Perú</b>	<b>1.005.382</b>	<b>1,00</b>	<b>1,08</b>	<b>1,09</b>	<b>1,07</b>	<b>1,03</b>	<b>0,88</b>	<b>1,07</b>	<b>1.080.044</b>	<b>100%</b>	<b>196</b>	

**TABLA  
4.B**

**PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PSMN A HOSPITALES REGIONALES**

Año	Población objetivo PSMN  Miles de personas	Tipo de compensación						Asignación regional del financiamiento adicional			
		Para mejorar equidad (ponderación=36%)		Para fortalecer efectividad (ponderación 42%)			Promover eficiencia (22%)	Factor de ajuste	Índice de asignación	Distribución objetivo	NS/ MM
		Índice de necesidades de salud	Índice de riesgo social	Índice de brechas de oferta	Índice de coste de atención	Índice de absorción de recursos	Índice de capacidad de gestión				
Amazonas	21.569	0,97	1,34	1,15	1,09	0,97	0,67	1,16	25.052	3%	2,1
Apurímac	23.983	1,00	1,34	0,91	1,09	0,72	0,83	1,25	29.900	4%	2,5
Arequipa	47.186	1,00	1,00	0,81	1,09	1,08	0,72	0,86	40.609	6%	3,4
Ayacucho	36.615	1,00	1,34	1,05	1,09	0,72	0,79	1,32	48.505	7%	4,0
Cajamarca	73.534	1,01	1,33	1,29	1,00	1,03	0,52	1,12	82.415	11%	6,8
Callao	34.783	0,97	0,41	0,81	0,98	0,98	1,51	0,81	28.236	4%	2,3
Cuzco	58.916	0,99	1,33	1,08	1,09	0,84	0,87	1,25	73.928	10%	6,1
Huancavelica	31.715	1,08	1,34	1,20	1,09	0,77	0,50	1,35	42.750	6%	3,5
Huanuco	44.032	0,96	1,34	1,16	1,09	0,97	0,61	1,15	50.432	7%	4,2
Ica	30.674	0,94	0,41	0,86	1,00	0,73	0,97	0,85	26.059	4%	2,2
Lambayeque	50.060	1,00	1,00	0,98	1,00	1,28	0,64	0,82	41.201	6%	3,4
Loreto	53.795	0,98	1,33	1,24	1,37	0,95	0,64	1,36	73.027	10%	6,1
Madre de Dios	5.901	1,05	1,33	0,82	1,37	0,50	0,99	1,66	9.789	1%	0,8
Moquegua	6.130	0,98	0,41	0,81	1,09	0,53	0,75	1,01	6.192	0,9%	0,5
Pasco	14.521	0,95	1,33	1,05	1,09	0,84	0,78	1,20	17.421	2%	1,4
Piura	85.881	1,03	1,00	1,21	1,00	1,35	0,99	0,96	82.754	11%	6,9
Tacna	12.948	0,97	0,41	0,81	1,09	0,83	1,41	0,90	11.611	2%	1,0
Tumbes	9.124	1,02	1,00	1,01	1,00	1,08	1,13	1,01	9.211	1%	0,8
Ucayali	20.958	0,96	1,00	1,17	1,37	0,96	0,99	1,27	26.525	4%	2,2
<b>Perú</b>	<b>662.325</b>	<b>1,00</b>	<b>1,11</b>	<b>1,08</b>	<b>1,08</b>	<b>0,99</b>	<b>0,81</b>	<b>1,10</b>	<b>725.616</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>

## PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN A NIVEL DE UNIDADES EJECUTORAS:

4. Sobre la base de los montos estimados a nivel regional se ha elaborado una propuesta de asignación de los recursos presupuestales a las unidades ejecutoras (excluyendo hospitales regionales) tomando en consideración la distribución de la población objetivo adscrita a ellas. En el caso de los hospitales regionales, se propone distribuir los recursos al interior de una región de acuerdo a su participación en la estructura presupuestal.

**TABLA 5**
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS ADICIONALES PAN Y PSMN A LAS U.E:  
2012**

Region	Poblacion Objetivo PAN	Poblacion Objetivo SMN	Unidad Ejecutora	Total PAN	%	Total SMN	%
Amazonas	46.837	21.569	400. SALUD AMAZONAS	0,77	0,3%	0,64	0,2%
			401. SALUD BAGUA	1,34	0,5%	0,11	0,0%
			402. HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS	0,59	0,2%	2,08	0,8%
			403. HOSPITAL DE APOYO BAGUA	0,08	0,0%	1,07	0,4%
			404. SALUD UTCUBAMBA	1,93	0,7%	1,53	0,6%
			003. GERENCIA SUB REGIONAL CONDORCANQUI	1,46	0,6%	1,20	0,5%
<b>Total Amazonas</b>			<b>6,17</b>	<b>2,3%</b>	<b>6,63</b>	<b>2,6%</b>	
Ancash	113.717	52.117	400. SALUD ANCASH	0,09	0,0%	0,01	0,0%
			401. SALUD RECUAY CARHUAZ	1,66	0,6%	0,59	0,2%
			402. SALUD HUARAZ	0,49	0,2%	1,00	0,4%
			403. SALUD ELEAZAR GUZMAN BARRON	1,64	0,6%	2,42	0,9%
			404. SALUD LA CALETA	4,52	1,7%	2,27	0,9%
			405. SALUD CARAZ	2,03	0,8%	1,48	0,6%
			406. SALUD POMABAMBA	1,54	0,6%	1,17	0,5%
			407. SALUD HUARI	1,04	0,4%	0,79	0,3%
408. RED DE SALUD PACIFICO SUR	0,61	0,2%	0,53	0,2%			
<b>Total Ancash</b>			<b>13,62</b>	<b>5,2%</b>	<b>10,26</b>	<b>4,0%</b>	
Apurimac	52.514	23.983	400. SALUD APURIMAC	2,05	0,8%	1,57	0,6%
			401. SALUD CHANKA	4,96	1,9%	3,86	1,5%
			402. HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABA	0,41	0,2%	1,37	0,5%
			403. HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS	0,33	0,1%	1,12	0,4%
<b>Total Apurimac</b>			<b>2,9%</b>	<b>3,1%</b>			
Arequipa	103.537	47.186	400. SALUD AREQUIPA	0,67	0,3%	0,35	0,1%
			401. HOSPITAL GOYENECHÉ	1,51	0,6%	0,68	0,3%
			402. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO	0,90	0,3%	3,37	1,3%
			403. SALUD CAMANA	0,50	0,2%	0,48	0,2%
			404. SALUD APLAO	0,37	0,1%	0,34	0,1%
405. SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA	5,45	2,1%	5,54	2,2%			
<b>Total Arequipa</b>			<b>9,40</b>	<b>3,6%</b>	<b>10,74</b>	<b>4,2%</b>	
Ayacucho	79.123	36.615	400. SALUD AYACUCHO	0,54	0,2%	0,18	0,1%
			401. HOSPITAL HUAMANGA	1,15	0,4%	4,03	1,6%
			402. SALUD SUR AYACUCHO	1,10	0,4%	0,96	0,4%
			403. SALUD CENTRO AYACUCHO	0,66	0,3%	0,55	0,2%
			404. SALUD SARA SARA	0,57	0,2%	0,50	0,2%
			405. RED DE SALUD AYACUCHO NORTE	3,92	1,5%	3,06	1,2%
406. RED DE SALUD HUAMANGA	4,08	1,5%	3,56	1,4%			
<b>Total Ayacucho</b>			<b>12,03</b>	<b>4,6%</b>	<b>12,83</b>	<b>5,0%</b>	
Cajamarca	162.942	73.534	400. SALUD CAJAMARCA	8,69	3,3%	7,32	2,9%
			401. SALUD CHOTA	3,61	1,4%	2,87	1,1%
			402. SALUD CUTERVO	1,88	0,7%	1,43	0,6%
			403. SALUD JAEN	4,31	1,6%	2,76	1,1%
			404. HOSPITAL CAJAMARCA	1,99	0,8%	6,84	2,7%
405. HOSPITAL GENERAL DE JAEN	0,27	0,1%	0,58	0,2%			
<b>Total Cajamarca</b>			<b>20,74</b>	<b>7,9%</b>	<b>21,81</b>	<b>8,5%</b>	

**TABLA 5  
(CONT.)**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS ADICIONALES PAN Y PSMN A LAS U.E: 2012**

Region	Poblacion Objetivo PAN	Poblacion Objetivo SMN	Unidad Ejecutora	Total PAN	%	Total SMN	%
<b>Total Callao</b>				<b>7,01</b>	<b>2,7%</b>	<b>7,47</b>	<b>2,9%</b>
Cusco	130.057	58.916	400. SALUD CUSCO	0,73	0,3%	0,50	0,2%
			401. SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR	2,78	1,1%	2,17	0,8%
			402. HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSC	1,75	0,7%	6,14	2,4%
			403. HOSPITAL ANTONIO LORENA	0,16	0,1%	0,93	0,4%
			404. SALUD LA CONVENCION	2,11	0,8%	1,65	0,6%
			405. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR	6,67	2,5%	4,85	1,9%
			406. RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI PICHAS	0,36	0,1%	0,36	0,1%
407. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE	3,65	1,4%	2,96	1,2%			
<b>Total Cusco</b>				<b>18,23</b>	<b>6,9%</b>	<b>19,56</b>	<b>7,6%</b>
Huancavelica	67.463	31.715	400. SALUD HUANCAMELICA	2,42	0,9%	2,55	1,0%
			401. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA	0,82	0,3%	3,55	1,4%
			002. GERENCIA SUB-REGIONAL TAYACAJA	1,69	0,6%	1,62	0,6%
			005. GERENCIA SUB-REGIONAL CHURCAMP	0,76	0,3%	0,79	0,3%
			006. GERENCIA SUB-REGIONAL CASTROVIRREYNA	0,28	0,1%	0,30	0,1%
			007. GERENCIA SUB-REGIONAL HUAYTARÁ	0,34	0,1%	0,35	0,1%
			008. GERENCIA SUB-REGIONAL ACOBAMBA	1,16	0,4%	1,10	0,4%
			009. GERENCIA SUB-REGIONAL ANGARAES	1,07	0,4%	1,05	0,4%
			<b>Total Huancavelica</b>				<b>8,55</b>
Huanuco	96.946	44.032	400. SALUD HUANUCO	5,64	2,1%	4,52	1,8%
			401. SALUD TINGO MARIA	0,32	0,1%	0,65	0,3%
			402. HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	-	0,0%	4,19	1,6%
			403. SALUD LEONCIO PRADO	2,16	0,8%	1,24	0,5%
404. RED DE SALUD HUANUCO	4,82	1,8%	2,74	1,1%			
<b>Total Huanuco</b>				<b>12,94</b>	<b>4,9%</b>	<b>13,34</b>	<b>5,2%</b>
Ica	69.548	30.674	400. SALUD ICA	0,66	0,3%	0,25	0,1%
			401. HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA	1,88	0,7%	1,40	0,5%
			402. SALUD PALPA - NASCA	0,53	0,2%	0,40	0,2%
			403. HOSPITAL REGIONAL DE ICA	0,68	0,3%	2,16	0,8%
			404. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO	1,17	0,4%	0,90	0,4%
			405. HOSPITAL DE APOYO SANTA MARIA DEL SOCC	1,19	0,4%	0,87	0,3%
406. RED DE SALUD ICA	0,94	0,4%	0,92	0,4%			
<b>Total Ica</b>				<b>7,05</b>	<b>2,7%</b>	<b>6,90</b>	<b>2,7%</b>
Junin	143.585	66.666	400. DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN	0,58	0,2%	0,29	0,1%
			401. SALUD DANIEL ALCIDES CARRION	0,08	0,0%	-	0,0%
			402. SALUD EL CARMEN	0,33	0,1%	2,09	0,8%
			403. SALUD JAUJA	1,60	0,6%	1,27	0,5%
			404. SALUD TARMA	1,24	0,5%	0,96	0,4%
			405. SALUD CHANCHAMAYO	2,66	1,0%	1,80	0,7%
			406. SALUD SATIPO	3,99	1,5%	3,04	1,2%
			407. SALUD JUNIN	0,29	0,1%	0,23	0,1%
408. RED DE SALUD DEL VALLE DEL MANTARO	5,54	2,1%	2,67	1,0%			
<b>Total Junin</b>				<b>16,33</b>	<b>6,2%</b>	<b>12,36</b>	<b>4,8%</b>
La Libertad	174.136	77.710	400. SALUD LA LIBERTAD	1,43	0,5%	1,08	0,4%
			402. SALUD NORTE ASCOPE	1,79	0,7%	0,74	0,3%
			403. SALUD TRUJILLO SUR OESTE	0,52	0,2%	2,09	0,8%
			404. SALUD CHEPEN	0,76	0,3%	0,62	0,2%
			405. SALUD PACASMAYO	0,90	0,3%	0,75	0,3%
			406. SALUD SANCHEZ CARRION	2,06	0,8%	1,59	0,6%
			407. SALUD SANTIAGO DE CHUCO	0,74	0,3%	0,57	0,2%
			408. SALUD OTUZCO	1,42	0,5%	1,12	0,4%
			409. SALUD TRUJILLO ESTE	7,84	3,0%	5,12	2,0%
<b>Total La Libertad</b>				<b>17,45</b>	<b>6,6%</b>	<b>13,69</b>	<b>5,3%</b>
Lambayeque	112.453	50.060	400. SALUD LAMBAYEQUE	6,94	2,6%	5,21	2,0%
			401. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCED	1,05	0,4%	3,42	1,3%
			402. HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE	2,96	1,1%	2,27	0,9%
<b>Total Lambayeque</b>				<b>10,95</b>	<b>4,2%</b>	<b>10,90</b>	<b>4,3%</b>

**TABLA 5**  
**(CONT.)**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS ADICIONALES PAN Y PSMN A LAS U.E: 2012**

Region	Poblacion Objetivo PAN	Poblacion Objetivo SMN	Unidad Ejecutora	Total PAN	%	Total SMN	%
Lima	85.243	39.847	400. DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE	0,29	0,1%	0,18	0,1%
			401. HOSPITAL HUACHO - HUAJRA - OYON Y SERV	1,76	0,7%	1,34	0,5%
			402. SERVICIOS BASICOS DE SALUD CAÑETE-YAU	0,90	0,3%	0,84	0,3%
			403. HOSPITAL DE APOYO REZOLA	0,30	0,1%	0,42	0,2%
			404. HOSPITAL BARRANCA-CAJATAMBO Y SERVICI	1,12	0,4%	1,01	0,4%
			405. HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DI	0,23	0,1%	0,49	0,2%
			406. SERVICIOS BASICOS DE SALUD CHILCA - MAL	0,82	0,3%	0,42	0,2%
			407. HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BASICOS DE	0,74	0,3%	0,66	0,3%
			408. RED DE SALUD HUAROCHIRI	0,60	0,2%	0,54	0,2%
<b>Total Lima</b>			<b>6,76</b>	<b>2,6%</b>	<b>5,92</b>	<b>2,3%</b>	
Loreto	119.918	53.795	400. SALUD LORETO	13,14	5,0%	5,20	2,0%
			401. SALUD YURIMAGUAS	2,41	0,9%	0,92	0,4%
			402. HOSPITAL DE APOYO IQUITOS	0,56	0,2%	4,42	1,7%
			403. HOSPITAL REGIONAL LORETO	2,06	0,8%	6,06	2,4%
			404. RED DE SALUD DATEM DEL MARAÑON	2,24	0,9%	1,34	0,5%
405. HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	1,05	0,4%	1,40	0,5%			
<b>Total Loreto</b>			<b>21,47</b>	<b>8,1%</b>	<b>19,32</b>	<b>7,5%</b>	
Madre de Dios	13.218	5.901	400. SALUD MADRE DE DIOS	2,16	0,8%	1,78	0,7%
			401. HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDON	0,23	0,1%	0,81	0,3%
<b>Total Madre de Dios</b>			<b>2,39</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,59</b>	<b>1,0%</b>	
Moquegua	13.705	6.130	400. SALUD MOQUEGUA	0,84	0,3%	0,67	0,3%
			401. SALUD ILO	0,58	0,2%	0,45	0,2%
			402. HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	0,15	0,1%	0,51	0,2%
<b>Total Moquegua</b>			<b>1,57</b>	<b>0,6%</b>	<b>1,64</b>	<b>0,6%</b>	
Pasco	32.475	14.521	400. SALUD PASCO	2,90	1,1%	2,05	0,8%
			401. SALUD HOSPITAL DANIEL A. CARRION	0,48	0,2%	1,45	0,6%
			402. SALUD UTES OXAPAMPA	1,59	0,6%	1,11	0,4%
<b>Total Pasco</b>			<b>4,96</b>	<b>1,9%</b>	<b>4,61</b>	<b>1,8%</b>	
Piura	188.850	85.881	400. SALUD PIURA	9,73	3,7%	4,52	1,8%
			401. SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	4,31	1,6%	3,51	1,4%
			402. HOSPITAL DE APOYO III SULLANA	1,99	0,8%	6,87	2,7%
			403. SALUD MORROPON - CHULUCANAS	1,73	0,7%	1,14	0,4%
			404. HOSPITAL DE APOYO I CHULUCANAS	0,32	0,1%	0,50	0,2%
			405. HOSPITAL DE APOYO I NUESTRA SEÑORA DE	1,94	0,7%	1,64	0,6%
406. HOSPITAL DE APOYO I SANTA ROSA	0,71	0,3%	3,71	1,4%			
<b>Total Piura</b>			<b>20,73</b>	<b>7,9%</b>	<b>21,90</b>	<b>8,5%</b>	
Puno	149.992	68.868	400. SALUD PUNO - LAMPA	1,65	0,6%	1,73	0,7%
			401. SALUD MELGAR	1,02	0,4%	0,94	0,4%
			402. SALUD AZANGARO	1,81	0,7%	1,73	0,7%
			403. SALUD SAN ROMAN	3,33	1,3%	3,25	1,3%
			404. SALUD HUANCANE	0,76	0,3%	0,74	0,3%
			405. SALUD PUNO	1,59	0,6%	1,35	0,5%
			406. SALUD CHUCUITO	1,75	0,7%	1,66	0,6%
			407. SALUD YUNGUYO	0,50	0,2%	0,42	0,2%
			408. SALUD COLLAO	0,89	0,3%	0,76	0,3%
			409. SALUD MACUSANI	1,35	0,5%	1,35	0,5%
410. SALUD SANDIA	0,90	0,3%	0,87	0,3%			
<b>Total Puno</b>			<b>15,55</b>	<b>5,9%</b>	<b>14,80</b>	<b>5,8%</b>	
San Martin	83.496	37.849	400. SALUD SAN MARTIN	3,74	1,4%	3,14	1,2%
			401. SALUD ALTO MAYO	3,03	1,1%	2,24	0,9%
			402. SALUD HUALLAGA CENTRAL	1,60	0,6%	1,36	0,5%
			403. SALUD ALTO HUALLAGA	0,77	0,3%	0,60	0,2%
<b>Total San Martin</b>			<b>9,14</b>	<b>3,5%</b>	<b>7,33</b>	<b>2,9%</b>	

**TABLA 5**  
**(CONT.)**
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS ADICIONALES PAN Y PSMN A LAS U.E: 2012**

Region	Poblacion Objetivo PAN	Poblacion Objetivo SMN	Unidad Ejecutora	Total PAN	%	Total SMN	%
Tacna	28.910	12.948	400. SALUD TACNA	2,69	1,0%	2,11	0,8%
			401. HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	0,29	0,1%	0,96	0,4%
<b>Total Tacna</b>				<b>2,97</b>	<b>1,1%</b>	<b>3,07</b>	<b>1,2%</b>
Tumbes	20.514	9.124	400. SALUD TUMBES	2,05	0,8%	1,67	0,7%
			401. HOSPITAL DE APOYO JAMO TUMBES	0,22	0,1%	0,76	0,3%
<b>Total Tumbes</b>				<b>2,27</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,44</b>	<b>1,0%</b>
Ucayali	48.194	20.958	400. SALUD UCAYALI	4,53	1,7%	1,76	0,7%
			401. HOSPITAL DE APOYO DE PUCALLPA	0,74	0,3%	2,20	0,9%
			402. HOSPITAL AMAZONICO	0,58	0,2%	1,87	0,7%
			403. DIRECCION DE RED DE SALUD N° 03 ATALAYA	1,05	0,4%	0,66	0,3%
			404. DIRECCION DE RED DE SALUD N° 04 AGUAYTI	0,82	0,3%	0,53	0,2%
<b>Total Ucayali</b>				<b>7,72</b>	<b>2,9%</b>	<b>7,02</b>	<b>2,7%</b>
<b>Total</b>	<b>2.215.963</b>	<b>1.005.382</b>		<b>263,76</b>	<b>100,0%</b>	<b>256,35</b>	<b>100,0%</b>

**ANEXO**

**DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR UNIDAD EJECUTORA**

REGION	UNIDAD EJECUTORA	Distribución poblacional
AMAZONAS	400. SALUD AMAZONAS	14%
	401. SALUD BAGUA	
	403. HOSPITAL DE APOYO BAGUA	26%
	003. GERENCIA SUB REGIONAL CONDORCANQUI	26%
	404. SALUD UTCUBAMBA	34%
ANCASH	400. SALUD ANCASH	
	401. SALUD RECUAY CARHUAZ	16%
	402. SALUD HUARAZ	
	403. SALUD ELEAZAR GUZMAN BARRON	6%
	405. SALUD CARAZ	1%
	407. SALUD HUARI	8%
	403. SALUD ELEAZAR GUZMAN BARRON	3%
	405. SALUD CARAZ	7%
	406. SALUD POMABAMBA	3%
	406. SALUD POMABAMBA	4%
	403. SALUD ELEAZAR GUZMAN BARRON	
	404. SALUD LA CALETA	42%
	408. RED DE SALUD PACIFICO SUR	
	406. SALUD POMABAMBA	5%
405. SALUD CARAZ	6%	
APURIMAC	400. SALUD APURIMAC	29%
	401. SALUD CHANKA	51%
	401. SALUD CHANKA	21%
AREQUIPA	400. SALUD AREQUIPA	
	401. HOSPITAL GOYENECHÉ	84%
	405. SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA	
	403. SALUD CAMANA	7%
	404. SALUD APLAO	5%
400. SALUD AREQUIPA	5%	
05. AYACUCHO	400. SALUD AYACUCHO	42%
	406. RED DE SALUD HUAMANGA	
	403. SALUD CENTRO AYACUCHO	6%
	405. RED DE SALUD AYACUCHO NORTE	18%
	405. RED DE SALUD AYACUCHO NORTE	16%
	402. SALUD SUR AYACUCHO	11%
	404. SALUD SARA SARA	6%
CAJAMARCA	400. SALUD CAJAMARCA	24%
	400. SALUD CAJAMARCA	6%
	400. SALUD CAJAMARCA	7%
	401. SALUD CHOTA	10%
	400. SALUD CAJAMARCA	2%
	402. SALUD CUTERVO	10%
	401. SALUD CHOTA	6%
	403. SALUD JAEN	
	405. HOSPITAL GENERAL DE JAEN	12%
	403. SALUD JAEN	10%
	400. SALUD CAJAMARCA	4%
	400. SALUD CAJAMARCA	3%
	400. SALUD CAJAMARCA	2%
	401. SALUD CHOTA	3%

ANEXO		DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR UNIDAD EJECUTORA	
REGION	UNIDAD EJECUTORA	Distribución poblacional	
CALLAO	400. DIRECCION DE SALUD I CALLAO	100%	
	402. HOSPITAL DE APOYO SAN JOSE		
CUSCO	400. SALUD CUSCO	26%	
	403. HOSPITAL ANTONIO LORENA		
	405. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR		
	407. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		
	405. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR		2%
	407. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE	4%	
	407. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE	6%	
	401. SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR	3%	
	401. SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR	8%	
	405. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR	8%	
	401. SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR	5%	
	404. SALUD LA CONVENCION	15%	
	406. RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI PICHARI		
	405. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR	3%	
	405. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR	6%	
405. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR	8%		
407. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE	5%		
HUANCAVELICA	400. SALUD HUANCAVELICA	33%	
	008. GERENCIA SUB-REGIONAL ACOBAMBA	14%	
	009. GERENCIA SUB-REGIONAL ANGARAES	14%	
	006. GERENCIA SUB-REGIONAL CASTROVIRREYNA	4%	
	005. GERENCIA SUB-REGIONAL CHURCAMP	10%	
	007. GERENCIA SUB-REGIONAL HUAYTARÁ	5%	
	002. GERENCIA SUB-REGIONAL TAYACAJA	21%	
10. HUANUCO	400. SALUD HUANUCO	31%	
	404. RED DE SALUD HUANUCO		
	400. SALUD HUANUCO	6%	
	404. RED DE SALUD HUANUCO		
	400. SALUD HUANUCO	7%	
	400. SALUD HUANUCO	3%	
	400. SALUD HUANUCO	10%	
	401. SALUD TINGO MARIA	16%	
	403. SALUD LEONCIO PRADO		
	400. SALUD HUANUCO	4%	
	404. RED DE SALUD HUANUCO	8%	
	403. SALUD LEONCIO PRADO	5%	
400. SALUD HUANUCO	4%		
400. SALUD HUANUCO	5%		
11. ICA	400. SALUD ICA	43%	
	405. HOSPITAL DE APOYO SANTA MARIA DEL SOCORRO		
	406. RED DE SALUD ICA		
	401. HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA	30%	
	402. SALUD PALPA - NASCA	7%	
	402. SALUD PALPA - NASCA	2%	
404. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO	19%		

**ANEXO**

**DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR UNIDAD EJECUTORA**

REGION	UNIDAD EJECUTORA	Distribución poblacional
12. JUNIN	400. DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN	36%
	402. SALUD EL CARMEN	
	408. RED DE SALUD DEL VALLE DEL MANTARO	
	408. RED DE SALUD DEL VALLE DEL MANTARO	
	405. SALUD CHANCHAMAYO	5%
	403. SALUD JAUJA	7%
	407. SALUD JUNIN	2%
	406. SALUD SATIPO	25%
	404. SALUD TARMA	8%
	403. SALUD JAUJA	4%
13. LA LIBERTAD	400. SALUD LA LIBERTAD	43%
	402. SALUD NORTE ASCOPE	
	403. SALUD TRUJILLO SUR OESTE	
	409. SALUD TRUJILLO ESTE	6%
	409. SALUD TRUJILLO ESTE	6%
	400. SALUD LA LIBERTAD	1%
	404. SALUD CHEPEN	4%
	408. SALUD OTUZCO	2%
	408. SALUD OTUZCO	6%
	405. SALUD PACASMAYO	5%
	400. SALUD LA LIBERTAD	6%
	406. SALUD SANCHEZ CARRION	12%
	407. SALUD SANTIAGO DE CHUCO	4%
	409. SALUD TRUJILLO ESTE	2%
409. SALUD TRUJILLO ESTE	7%	
14. LAMBAYEQUE	400. SALUD LAMBAYEQUE	70%
	402. HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE	30%
15. LIMA	404. HOSPITAL BARRANCA-CAJATAMBO Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	16%
	404. HOSPITAL BARRANCA-CAJATAMBO Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	1%
	402. SERVICIOS BASICOS DE SALUD CAÑETE-YAUYOS	26%
	403. HOSPITAL DE APOYO REZOLA	
	406. SERVICIOS BASICOS DE SALUD CHILCA - MALA	20%
	401. HOSPITAL HUACHO - HUAURA - OYON Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	
	405. HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	
	407. HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	9%
	408. RED DE SALUD HUAROCHIRI	
	400. DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE	22%
	401. HOSPITAL HUACHO - HUAURA - OYON Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	
401. HOSPITAL HUACHO - HUAURA - OYON Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	3%	
402. SERVICIOS BASICOS DE SALUD CAÑETE-YAUYOS	3%	
16. LORETO	400. SALUD LORETO	72%
	402. HOSPITAL DE APOYO IQUITOS	
	401. SALUD YURIMAGUAS	17%
	405. HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	10%
404. RED DE SALUD DATEM DEL MARAÑON		

## ANEXO

## DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR UNIDAD EJECUTORA

REGION	UNIDAD EJECUTORA	Distribución poblacional
17. MADRE DE DIOS	400. SALUD MADRE DE DIOS	73%
	400. SALUD MADRE DE DIOS	19%
	400. SALUD MADRE DE DIOS	8%
18. MOQUEGUA	400. SALUD MOQUEGUA	44%
	400. SALUD MOQUEGUA	16%
	401. SALUD ILO	40%
19. PASCO	400. SALUD PASCO	50%
	400. SALUD PASCO	15%
	402. SALUD UTES OXAPAMPA	35%
PIURA	400. SALUD PIURA	55%
	406. HOSPITAL DE APOYO I SANTA ROSA	
	403. SALUD MORROPON - CHULUCANAS	11%
	404. HOSPITAL DE APOYO I CHULUCANAS	
	405. HOSPITAL DE APOYO I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA	11%
401. SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	23%	
PUNO	400. SALUD PUNO - LAMPA	17%
	405. SALUD PUNO	
	402. SALUD AZANGARO	12%
	409. SALUD MACUSANI	9%
	406. SALUD CHUCUITO	11%
	408. SALUD COLLAO	5%
	404. SALUD HUANCANE	5%
	400. SALUD PUNO - LAMPA	4%
	401. SALUD MELGAR	6%
	403. SALUD SAN ROMAN	22%
	410. SALUD SANDIA	6%
407. SALUD YUNGUYO	3%	
22. SAN MARTIN	401. SALUD ALTO MAYO	17%
	402. SALUD HUALLAGA CENTRAL	8%
	400. SALUD SAN MARTIN	6%
	402. SALUD HUALLAGA CENTRAL	3%
	400. SALUD SAN MARTIN	11%
	402. SALUD HUALLAGA CENTRAL	7%
	400. SALUD SAN MARTIN	6%
	401. SALUD ALTO MAYO	14%
	400. SALUD SAN MARTIN	20%
	403. SALUD ALTO HUALLAGA	8%
23. TACNA	400. SALUD TACNA	100%
24. TUMBES	400. SALUD TUMBES	100%
25. UCAYALI	400. SALUD UCAYALI	75%
	402. HOSPITAL AMAZONICO	
	403. DIRECCION DE RED DE SALUD N° 03 ATALAYA	14%
	404. DIRECCION DE RED DE SALUD N° 04 AGUAYTIA - SAN ALEJANDRO	11%

## Appendix 4: Implementation Agreement of GalenHos 1<sup>st</sup> level in Ayacucho

**REUNION DE CAPACITACION PARA LA IMPLEMENTACION DE GALENHOS DE PRIMER NIVEL  
GRUPO I – HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE LA RED HUAMANGA DE LA REGION AYACUCHO  
Ayacucho, 23, 24 y 25 Noviembre 2011**

**Próximos pasos**

1. La DIRESA gestionará a través de las unidades ejecutoras, el equipamiento del Software GALENHOS y, la implementación de equipos de cómputo de los establecimientos seleccionados de acuerdo a las recomendaciones y compromisos asumidos con los Directores de las Redes de Salud y el Equipo de Gestión de la DIRESA hasta el 30 de enero del 2012.
2. Se designa a la Dirección de Servicios de Salud y la Dirección de Estadística, Informática y Telecomunicaciones, como responsables del cumplimiento del proceso de implementación del Software GALENHOS a nivel de la Región de Salud, representados por:
  - Mg. Adsel ACORI TINOCO. Director de Servicios de Salud
  - Lic. Adm. Erickson ALMEIDA PABLO. Director de Estadística, Informática y Telecomunicaciones.
3. Se designa como responsables para brindar asistencia técnica en el manejo del Software GALENHOS en los establecimientos seleccionados, a los siguientes profesionales informáticos:
  - a) Nivel de DIRESA
    - Alfredo Rojas Garay
    - James Fritz Santiago González
    - Pedro Martín Chivilchez Goyzueta.
    - Guido Calderón Orozco.
  - b) Nivel RED DE SALUD HUAMANGA
    - TAP. José Luis Taype Quispe.
4. Cada EESS con miras a recategorizarse como I-4 designa como Responsables a las siguientes personas:
  - a) Centro de Salud de Nazarenas  
James Jorge Del Villar Munaylla
  - b) Centro de Salud Los Licenciados  
Santiago Huayta Altamirano
  - c) Centro de Salud de San Juan Bautista  
Wilfredo Macera Cáceres.
  - d) Centro de Salud de Santa Elena  
John Meléndez Añaguari.
  - e) Centro de Salud de Carmen Alto  
Dante Fernández Huamán.

Vertical strip of signatures and stamps from various health institutions in Ayacucho, including the Regional Directorate of Health and several local health centers.

*Manuel José H.*  
DIRESA

*David Chivarchi Med.*  
DSS - EQUIPOT.

- f) Centro de Salud de Vista Alegre  
Sadot Gálvez Arones
  - g) Centro de Salud de Belén  
Alejandro Cuba Loayza
  - h) Centro de Salud de Putacca  
Roberto Negreiros Ordoñez
5. Los Hospitales de Apoyo, designan como responsables a las siguientes personas:
- a) Hospital de Huanta.  
Yuri Yrving Molina Ozejo
  - b) Hospital de San Miguel.  
Juan Carlos Bajalqui Hurtado.
  - c) Hospital de San Francisco  
Maximina Quispe Villacrisis
  - d) Hospital de Cangallo  
Fidel Chate Mendoza
  - e) Hospital de Puquio.  
John Sócrates Palomino Cuba.
  - f) Hospital de Coracora.  
Cecilio Victor Huarcaya Redosado
6. Cada Equipo que asistió a la capacitación, deberá realizar las siguientes actividades:
- a) Realizar la réplica acerca del sistema GALENHOS del primer nivel de atención en su Establecimiento.  
Plazo: 10 días  
Medio de Verificación: Acta y lista de participantes.
  - b) Completar el ingreso en la base de datos de GALENHOS de todo el personal de su establecimiento.  
Plazo: 15 días  
Medio de verificación: Enviar acta de haber culminado
  - c) Iniciar el proceso de ingreso de cada una de las Historias clínicas con las que cuenta el establecimiento en el Sistema GALENHOS primer nivel de atención. Esta es una **ACTIVIDAD CLAVE** para poder continuar con el proceso de implementación completa del sistema:  
Se plantean las siguientes alternativas:
    - 1. Para los establecimientos de salud con un archivo de HC menor de 9,000  
Plazo 3 meses  
Verificación: informe y reporte mensual de avance
    - 2. Para los establecimientos con HC entre 10,000 y 30,000  
Plazo: 5 meses

3. Para los establecimientos con mas de 30000 HC  
Plazo. Deberán establecer un cronograma (el avance no será menor a las dos alternativas anteriores)
- d) Cada uno de los Gerentes y/o Directores de Establecimientos deberá asignar un equipo de computo para Admisión del EESS; En caso de no contar con el equipos para el servicio de Admisión, se deberá iniciar la gestión en coordinación con la dirección de la DIRESA y la Red.  
Plazo: 90 días  
Verificación: Equipos asignados y funcionado
- e) Los nuevos usuarios al establecimiento de Salud deberán ser digitados directamente en GALENHOS  
Plazo: Inmediato  
Verificación: Reporte de atenciones
- f) Para el caso de los establecimientos que ya cuenten con Historias digitalizadas al 100% deberán iniciar el trabajo con GALENHOS desde admisión  
Plazo: Inmediato  
Verificación: Reportes de atenciones
- g) Cada responsable deberá coordinar con la DIRESA (DEIT) para poder realizar un BACK UP (COPIA - USB), como seguridad, frente a problemas de tipo informático  
Plazo. Inmediato  
Verificación: Copia de seguridad actualizada
4. Cada Establecimiento también podrá iniciar el ingreso de la información de medicamentos a la plataforma GALENHOS, los mismos que a partir de una comunicación simple con Admisión y Caja podrán operar en línea  
Requisito: Realizar inventario
5. Los participantes dejan establecido y solicitan el compromiso e involucramiento de los Gerentes de Establecimientos de Salud, directores de Redes y la Dirección General de la DIRESA, en la gestión para contar con los equipos mínimos necesarios para operar GALENHOS 1er nivel.
6. La Dirección de Servicios de Salud y la Dirección de Estadística, informática y Telecomunicaciones se compromete a realizara la asistencia técnica y el monitoreo de este nuevo proceso, debiendo programar una primera evaluación de los avances en un plazo de 15 días a partir de la fecha.
7. El avance en la implementación de la segunda fase estará sujeto al cumplimiento de los pasos arriba determinados.

- 8. La DIRESA Ayacucho se compromete en emitir una directiva que establezca la implementación del Software GALENHOS de primer nivel de atención (debe incluir procedimientos en admisión).

Ayacucho 25 de Noviembre del 2011

*[Handwritten signatures and stamps]*  
 Makimela Quiroga Red San Pedro  
 HOSPITAL REYES 0030 DEL 4156841  
 LUCIANA Q. Hosp. San Pedro  
 Te. B. Estorero 44038012  
 Lic. Denis Palomino Quiroga Contabilidad.  
 C.S. Santa Elena  
 Doctor Sampa V. C.S. S.J.P.  
 Katerina Quiroga Luzmila K. Quiroga C.S. S.J.P.  
 Juan Palomino Quispe Resp. Estadística Red Piquie  
 JUAN DEL VILLAR CLAS NAZARENAS.  
 Santa Quispe Quiroga QUIMICO FARMACEUTICA  
 RAFAEL CUASO CLAS NAZARENAS  
 Roberto Neppena Quiroga MEDICO GENERAL D.M. 28281  
 PETER CHINCHAZA J.A.P. 28281184 H.A.S.U.  
 E.S. Bolo Guatillana  
 Filomena A.L. NAZARENAS.  
 42640805 CLAS NAZARENAS  
 HONORABLE H.A. Piquie  
 M. Roxana Urive Bonilla QUIMICO FARMACEUTICO C.O.F.P. 9558  
 Nelly Paredes 28203698 NAZARENAS.  
 ALBA 28297196 C.S. Vinto Abajo.  
 UNIFOR MACEPAT CLAS SAN JUAN  
 RESP. ADMISION H.A.C.  
 Resp. adm. H.A.C. 10495066 F. CLS M.  
 C.O.F.P. 10364 D.M. 28296711  
 4055720 DIRS Y/S

**Appendix 5: Training Request of GalenHos 1<sup>st</sup> level in San Martin**



"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"  
 "AÑO DEL SESQUICENTENARIO DEL NACIMIENTO DE JENARO ERNESTO HERRERA TORRES"  
 EXP.:Nº.....

Moyobamba, 27 de Setiembre 2011

OFICIO Nº 734 -DG-DIRES/SM-2011

Señora.  
 Dra. Midori de Habich  
 Jefa del Proyecto Políticas en Salud

Ciudad.-

Asunto: Solicito Inicio ce Capacitación

.....  
 Me dirijo a usted, saludándole cordialmente y asimismo hacer de su conocimiento que, en una reunión sostenida con el equipo Técnico, se acordó iniciar el proceso de implementación **con el Sistema GalenHos del Primer nivel** a todas nuestras cabeceras de Micro redes que se suman un total de 38; motivo por el cual solicitamos a usted que en el marco de trabajo que viene realizando el Programa de Políticas en Salud con nuestra Región, poder iniciar la capacitación a nuestras micro redes e iniciar este proceso que estamos seguros nos permitió mejorar el sistema de Información de muchos Establecimientos del primer nivel de atención.

Con la seguridad ser atendidos nuestra petición y sin otro particular me suscribo de usted, expresándole las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

WBV/ppr

Ciruj. Dent. William Banchales Vásquez  
 DIRECTOR GENERAL

## Appendix 6: Written Evaluation Results of Human Resources Training in Ayacucho

**Table 1: Written evaluation results**

#	Pregunta	Respuestas correctas	Aciertos alcanzados	Aciertos Esperados	% de aciertos	Errores frecuentes
1	( ) La planificación de recursos humanos significa determinar la misión y visión del personal.	F	12	16	75%	
2	( ) El índice poblacional es la única metodología para calcular brechas de recursos humanos	F	12	16	75%	
3	( ) Cubrir las brechas encontradas con la cantidad adecuada de recursos humanos, permite solucionar los problemas de salud.	F	13	16	81%	No basta dotar con cantidad de RH, es necesario asegurarse que tengan las capacidades necesarias
4	( ) El perfil del puesto contiene los requisitos para el puesto y las competencias requeridas para ese puesto	V	15	16	94%	
5	( ) La definición de los perfiles del puesto es un proceso del subsistema de Gestión del Empleo.	F	4	16	25%	Pertenece a la Organización del Trabajo
6	( ) En un proceso de selección por competencias, la evaluación de la competencia específica se realiza en la entrevista personal.	F	12	16	75%	
7	( ) En un proceso de selección de personal por competencias, la evaluación de la competencia genérica se realiza mediante preguntas escritas.	F	8	16	50%	
8	( ) El proceso de convocatoria para un proceso de selección requiere de un estudio de mercado.	V	11	16	69%	
9	( ) La evaluación del desempeño es cualitativa y cuantitativa	V	16	16	100%	
10	( ) La evaluación de competencias es una parte de la evaluación del desempeño	V	13	16	81%	
11	( ) Las metas del desempeño se evalúan mediante la observación directa de la prestación del servicio	F	8	16	50%	
12	( ) La capacitación es la intervención más adecuada para mejorar la productividad de los trabajadores	F	7	16	44%	La capacitación sola no es suficiente
13	( ) La gestión de la capacitación es parte del sub sistema de Gestión del Desarrollo	V	16	16	100%	
14	( ) Los incentivos para un buen desempeño deben ser siempre monetarios	F	15	16	94%	
15	( ) Una escala salarial debe permitir lograr equidad interna y externa.	V	13	16	81%	
16	( ) La gestión del clima organizacional es un proceso importante de la gestión de RH	V	16	16	100%	

#	Pregunta	Respuestas correctas	Aciertos alcanzados	Aciertos Esperados	% de aciertos	Errores frecuentes
17	( ) En la mayoría de las organizaciones del sector salud, todos los subsistemas y procesos de la gestión de recursos humanos están integrados en una sola unidad orgánica.	F	8	16	50%	
18	( ) La determinación de la brecha de recursos humanos consiste en la identificación de la cantidad de trabajadores que se necesita cubrir en un período determinado y un ámbito determinado.	F	6	16	38%	La brecha es cuantitativa (F)
19	( ) La competencia es una capacidad	V	11	16	69%	
20	( ) Toda capacidad es una competencia	F	10	16	63%	
21	( ) Las competencias pueden ser generales y específicas	V	14	16	88%	
22	( ) Algunas competencias gerenciales son transversales a varios cargos dentro de la organización	V	11	16	69%	
23	( ) Los valores de la organización se plasman en las competencias organizacionales o genéricas	V	11	16	69%	
24	( ) La identificación de las competencias específicas puede realizarse tanto con el análisis conductual como con el funcional.	V	16	16	100%	Se aceptaron todas las respuestas
25	( ) La integración vertical de la GRHxC se refiere al alineamiento de los RRHH a las decisiones de la Oficina de Recursos Humanos de la organización	F	9	16	56%	
26	( ) La integración de la GRHxC es horizontal cuando se articulan los diferentes subsistemas de la gestión de recursos humanos en la organización.	V	13	16	81%	
27	( ) Una gestión adecuada de recursos humanos significa el cumplimiento adecuado de las directivas administrativas de personal.	F	8	16	50%	
28	( D ) Representación gráfica del Análisis Funcional: ( ) Mapa Funcional	D	13	16	81%	
29	( A ) Primer paso para identificar competencias con el Análisis Funcional: ( ) Determinación de la Unidad de Análisis	A	12	16	75%	
30	( B ) Contiene la razón de ser del servicio: ( ) Definición del Propósito Principal	B	11	16	69%	
31	( C ) Contiene la función que es realizada por una persona: ( ) Competencia	C	12	16	75%	
32	( ) La estructura gramatical para el propósito principal es VERBO – OBJETO – CONDICION	V	11	16	69%	
33	( ) La estructura gramatical para la competencia es OBJETO – VERBO - CONDICION	F	7	16	44%	Competencia: V-O-C
34	( ) La estructura gramatical para el criterio de desempeño es VERBO – OBJETO – CONDICION	F	8	16	50%	

## **Appendix 7: Monetary and non monetary incentives or recruitment and retention of health professionals in rural areas: a Research Proposal**

### **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**Incentivos financieros y no financieros para el reclutamiento y retención de profesionales de salud en áreas rurales.**

### **NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE LOS INVESTIGADORES**

Investigador Principal: Por definir

Investigadores: Por definir

### **INSTITUCIONES QUE PARTICIPARAN EN LA EJECUCIÓN**

Instituto Nacional de Salud

### **INVESTIGADOR RESPONSABLE DE LA CORRESPONDENCIA**

Por definir

## **INDICE**

**Resumen**

**Planteamiento del problema**

**Justificación del estudio**

**Objetivos de la investigación**

**Marco teórico**

**Hipótesis**

**Metodología - tipo de estudio**

**Población de estudio y muestreo**

**Acopio de información**

**Diseño del experimento de selección discreta**

**Análisis de la información**

**Aspectos éticos**

**Proceso del consentimiento informado**

**Reclutamiento de los participantes**

**Confidencialidad de la información obtenida**

**Informe al público**

**Referencias bibliográficas**

## RESÚMEN.

**Introducción** La fuerza laboral en el sector salud es un componente clave del sistema de salud, y por lo tanto, problemas de escasez o de mala distribución de los profesionales de salud influyen negativamente en los resultados sanitarios de un país. Cabe señalar, que estos problemas señalados son recurrentes en las áreas rurales del Perú, los cuales, en los últimos años se han agravado por han registrado un incremento significativo de la demanda de servicios de salud debido al proceso de expansión acelerada de la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS), al mayor financiamiento de los programas presupuestales Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional, entre otros factores.

Si bien es preocupación del Ministerio de Salud (MINSa) cerrar las brechas de recursos humanos en las zonas rurales, las estrategias adoptadas vía la implementación del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SREUMS), no constituyen soluciones permanentes al problema de escasez y de distribución de la fuerza laboral: estas estrategias son poco efectivas para retener a los profesionales de salud en las zonas rurales, ya que no buscan influir en los factores que subyacen en las decisiones y motivaciones de los profesionales de salud para laborar en una determinada localidad geográfica.

**Objetivo(s):** Los objetivos de la investigación son:

1. Analizar las actitudes de los profesionales de salud respecto de trabajar en áreas rurales, así como, evaluar sus preferencias respecto a determinados incentivos financieros y no financieros que se pueda aplicar para reclutar y retener a los profesionales de salud en áreas rurales.
2. Investigar los valores subyacentes a las actitudes y preferencias de los profesionales de salud respecto de su disposición a trabajar en áreas rurales del país
3. Valorizar el monto de la compensación mínima que el profesionales de salud está en disposición de aceptar para trabajar en las zonas rurales del país, basadas en sus preferencias laborales.
4. Proponer un conjunto de intervenciones para reclutar y retener profesionales de salud en zonas rurales y alejadas del país que estén alineadas con las preferencias de los médicos y enfermeras y que sean efectivas, relevantes y financieramente viables.

**Metodología:** Se empleará técnicas cualitativas y cuantitativas para la definición del conjunto de incentivos financieros y no financieros que harían que los profesionales de salud estén dispuestos a laborar en zonas rurales del país. En primer lugar, se realizaría grupos focales para elaborar una lista comprehensiva de incentivos y sus atributos. Con esta información, se desarrollará un **experimento controlado de selección discreta** para evaluar las preferencias laborales de los estudiantes graduados, empleando un diseño prospectivo de cohortes.

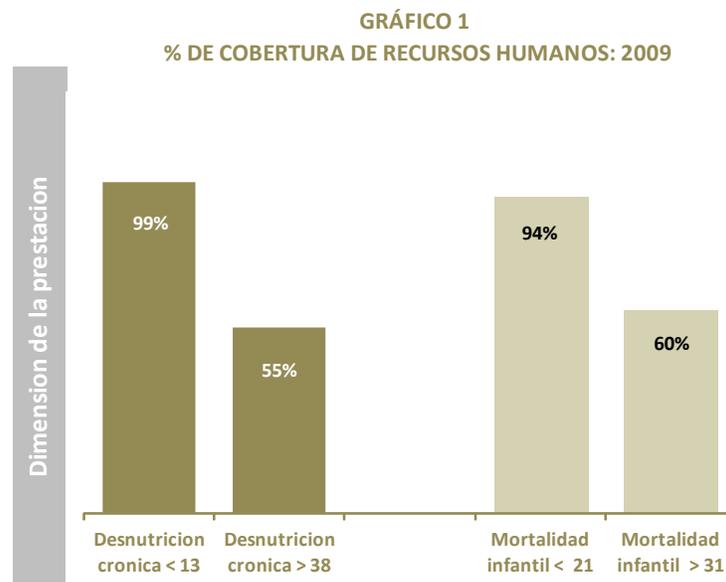
Para ello, se aplicará un cuestionario a una muestra aleatoria y representativa de graduados que se encuentran en sus primeros años de ejercicio de la medicina en las zonas urbanas del país.

El experimento controlado de selección discreta consiste en simular un mercado laboral hipotético y preguntarles a una muestra de profesionales de salud sus preferencias respecto de escenarios laborales alternativos, los cuales se diferencian entre sí, por los atributos que la caracterizan: tamaño y localidad del establecimiento de salud, sueldo, responsabilidad, oportunidades de desarrollo profesional y de carrera, vivienda, tiempo de trabajo mensual, entre otros.

**Relevancia:** El estudio permite apoyar la formulación de la política de recursos humanos en salud basada en evidencias, mediante la identificación y costeo de propuestas de intervenciones efectivas para remover las restricciones de recursos humanos que enfrentan los establecimientos de salud en las zonas rurales del país, y así contribuir a la mejora del estado de salud en estas localidades.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. **La escasez de profesionales de la salud** es un problema que afecta a la mayoría de las regiones del país, principalmente en las zonas rurales o remotas, con implicancias negativas sobre la accesibilidad de los servicios y estado de salud de la población residente en estas áreas geográficas. La evidencia para el caso peruano confirma esta hipótesis. Así, en el gráfico 1 se observa que los mayores niveles de mortalidad infantil y de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad se registran en aquellas regiones que cuentan con menores coberturas de recursos humanos respecto al estándar establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).



2. Las condiciones de escasez es agravado por la **desigual distribución de los profesionales de salud a nivel nacional**. Cabe señalar, que las regiones del país que registran las menores coberturas de recursos humanos son Cajamarca (40%), Huánuco (44%), San Martín (46%), Loreto (47%), Piura (50%), Huancavelica (51%), Puno (53%) y Ucayali (55%). Estas regiones, a excepción de Piura, se caracterizan por (a) estar localizadas en la sierra y selva del país con poblaciones esencialmente rural y dispersa y (b) por no contar con mecanismos adecuados de incentivos para reclutar o retener a los profesionales de salud que atiendan a estos grupos poblacionales. En contraste, en zonas urbanas y altamente concentradas como Lima, Arequipa e Ica, las tasas de cobertura de recursos exceden ampliamente las necesidades de profesionales de salud en estas zonas (ver Tabla 1).

Tabla 1

Perú: Cobertura de recursos humanos por regiones <sup>1/</sup>

Región	Cobertura de recursos humanos		Tasa de mortalidad	Tasa de desnutrición crónica
	2002	2009	2009	2009
Amazonas	45%	57%	21	27
Ancash	77%	61%	22	28
Apurímac	41%	87%	25	35
Arequipa	163%	126%	30	12
Ayacucho	70%	70%	18	41
Cajamarca	38%	40%	31	40
Cuzco	61%	66%	25	38
Huancavelica	47%	51%	34	54
Huánuco	56%	56%	23	39
Ica	115%	93%	13	10
Junín	68%	57%	27	34
La Libertad	91%	70%	35	27
Lambayeque	80%	78%	19	18
Lima	186%	139%	10	9

Loreto	39%	47%	45	29
Madre de Dios	793%	98%	24	13
Moquegua	157%	128%	24	5
Pasco	91%	70%	49	38
Piura	61%	50%	28	23
Puno	56%	53%	29	27
San Martín	47%	46%	21	28
Tacna	132%	114%	24	21
Tumbes	58%	74%	21	14
Ucayali	44%	55%	22	29

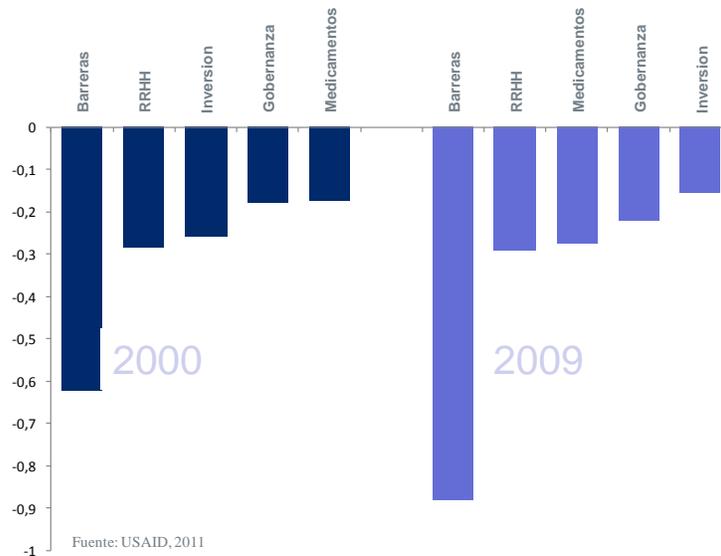
1/ Ratio entre la disponibilidad de profesionales de salud (médico, enfermeras y técnicos) y el estándar OMS.

Fuente: Observatorio de Salud, MINSA

3. Asimismo, estudios recientes muestran que **los recursos humanos en salud constituyen una fuerte restricción en las zonas deficitarias**, limitando la efectividad de inyecciones adicionales de recursos financieros (USAID, 2011). Así, en zonas como Cajamarca, Amazonas, Ancash, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Pasco, Puno y Ucayali una ampliación del volumen de financiamiento para el sub sector público en salud no se traduciría en mejores resultados sanitarios, si es que no se resuelve la brecha de recursos humanos. Ello se refleja en los bajos niveles de capacidad de absorción de recursos que registran estas zonas, lo cual se sustenta principalmente por los problemas de escasez de profesionales de salud en estas zonas<sup>1</sup> (ver gráfico 2).

<sup>1</sup> La capacidad de absorción corresponde al retorno social marginal, es decir, el ratio entre el cambio incremental en el estado de salud de la población y el aumentos en el nivel de recursos públicos y privados para el financiamiento de las actividades en salud. La interpretación de la capacidad de absorción va a diferenciarse según el tipo de resultado sanitario que se analice. Así, si se toma como referencia la esperanza de vida al nacer, la capacidad de absorción estaría indicando el número de **años de vida ganados** por cada sol adicional que se destine al financiamiento en salud. Por su parte, si se utiliza como referencia la tasa de mortalidad infantil, el indicador estaría midiendo el número de **muertes de niños evitadas** por cada sol adicional gastado en el sector.

**GRAFICO 2**  
**Contribución en los cambios en la capacidad de absorción según factores limitantes**



4. Las autoridades de salud en el Perú han respondido a los problemas de escasez de recursos humanos en las zonas rurales adoptando estrategias coercitivas, como el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud -SERUM, que obligan a los estudiantes de los últimos años de medicina a realizar servicios en las áreas rurales y urbanas marginales. Sin embargo, las evidencias muestran que este tipo de **estrategias coercitivas son insuficientes**, puesto que los problemas de escasez y la distribución desigual de los recursos humanos aún persisten, situación que se han agravados por la migración de los profesionales de salud hacia las zonas urbanas y la una creciente demanda de servicios de salud. Esto último, influido por la ampliación del financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) durante la década pasada dirigido a cubrir las necesidades de atención de la población de menores recursos.

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Frente a los problemas señalados, las autoridades de salud tienen el reto de diseñar e implementar estrategias orientadas no solo a extender el reclutamiento de profesionales de salud para las zonas rurales, sino también, garantizar su permanencia en estas localidades durante periodos prolongados con el fin de asegurar una adecuada provisión de los servicios de salud.<sup>2</sup> Para ello, es fundamental:

<sup>2</sup> Una adecuada estrategia de retención de los recursos humanos contribuiría a evitar la disminución de la calidad en la provisión de servicios, debido a que ésta favorece (a) el desarrollo de habilidades y la acumulación de experiencia por parte de los profesionales de salud, así como (b) la continuidad en la atención de los pacientes. En contraste, una disminución en la tasa de ocupación puede conducir a incrementos significativos en los costos directos e indirectos de operación de los servicios derivados de la pérdida de *expertise* y los gastos de reclutamientos (Buykx, et al 2010)

1. **Entender** cuál es el conjunto de intervenciones que harían que los profesionales de salud prefieran o estén motivados a trabajar en las áreas rurales y
2. **Alinear** las políticas a estos factores, sobre la base de criterios de efectividad, relevancia, aceptabilidad y viabilidad financiera.

De acuerdo a la literatura internacional, existen múltiples factores que potencialmente influirían en la decisión de laborar y permanecer en actividad en zonas rurales o alejadas, los cuales incluyen consideraciones financieras y económicas (remuneraciones y otros beneficios laborables), consideraciones vinculadas al desarrollo profesional y a aspectos organizacionales, factores sociales, características de la comunidad, entre otros.

Sin embargo, en el Perú se carece de estudios exploratorios sobre las preferencias y motivaciones que sustentan las decisiones o elecciones laborales de los profesionales de salud. De manera particular, se desconoce, para el caso peruano, el rol o la importancia relativa de los factores pecuniarios o no pecuniarios en estas decisiones, lo cual es crítico para la selección de incentivos adecuados que promuevan el reclutamiento y la retención de los profesionales de salud en zonas rurales, de manera efectiva y sostenible. Asimismo, no se cuenta con estudios que muestren las implicancias financieras de la implementación de políticas de incentivos con el fin de evaluar la viabilidad económica de este tipo de políticas

Cabe resaltar, que este vacío de investigación es reconocida por el Instituto Nacional de Salud, estableciendo como una de las prioridades nacionales para el periodo 2010-2014 las investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos (Resolución Jefatural Nro. 07-2010-OPE/INS), incorporando una agenda amplia (Resolución Ministerial 212-2011/MINSA) que incluye entre ellos, temas vinculados a la formulación de políticas de reclutamiento y retención de profesionales de salud, tales como:

1. Motivación e incentivos para desarrollar la atención primaria de salud en el primer nivel de atención.
2. Análisis y formulación de estrategias de financiamiento para la contratación de recursos humanos
3. Evaluación de experiencias exitosas nacionales e internacionales para la retención de profesionales de salud.
4. Evaluación del impacto económico y sanitario de la migración interna y externa de profesionales de salud.
5. Dinámica y factores asociados a la movilización interna de los profesionales del sector salud.
6. Estudios en incentivos laborales.

### 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Objetivo General:

Proponer un conjunto de intervenciones para reclutar y retener profesionales de salud en zonas rurales y alejadas del país que estén alineadas con las preferencias de los médicos y enfermeras y que sean efectivas, relevantes y financieramente viables.

#### 3.2. Objetivos específicos:

- a. Analizar las actitudes de los profesionales de salud respecto de trabajar en áreas rurales, así como, evaluar sus preferencias respecto a determinados incentivos financieros y no financieros que se pueda aplicar para reclutar y retener a los profesionales de salud en áreas rurales.
- b. Investigar los valores subyacentes a las actitudes y preferencias de los profesionales de salud respecto de su disposición a trabajar en áreas rurales del país
- c. Valorizar el monto de la compensación mínima que el profesional de salud está en disposición de aceptar para trabajar en las zonas rurales del país, basadas en sus preferencias laborales.

### 4. MARCO TEÓRICO

#### 4.1. Modelos de selección discreta y las preferencias declaradas

Los modelos de selección discreta se basan en la teoría de demanda desarrollada por Lancaster (1966), en la cual se plantea que las preferencias de los consumidores por un determinado bien o servicio son derivadas de las utilidades individuales que generan las características o **atributos** del bien o servicio seleccionado, más que del bien en sí mismo. De esta manera, se asume que los individuos adquieren bienes y servicios para alcanzar un conjunto óptimo de atributos, los cuales son susceptibles de ser intercambiados en las decisiones de consumo.

En los modelos de selección discreta las preferencias de los consumidores son identificadas mediante el desarrollo de un experimento controlado, que consiste en simular un mercado hipotético y solicitar a los encuestados que elijan una alternativa entre un conjunto de opciones que son presentadas en la encuesta. Cada opción es diseñada sobre un conjunto de atributos que caracterizan el producto o servicio que se desea evaluar, incluyendo el precio, diferenciándose entre ellas por los valores consignados en cada atributo.

De manera reciente, esta técnica viene siendo aplicada al campo de las decisiones de los trabajadores de salud respecto a alternativas de oferta laboral. En la aplicación, los profesionales de salud o estudiantes de medicina declaran sus preferencias sobre diferentes propuestas hipotéticas de oferta de trabajo, las cuales, son descritas o caracterizadas por ciertos atributos (nivel remunerativo, localización del centro de trabajo, condiciones laborales, entre otras). Las respuestas son utilizadas para cuantificar el valor que le asigna el trabajador a cada atributo.

De esta forma, los modelos de selección discreta constituyen en un instrumento de decisión informada al proveer información a los formuladores /decisores de política de:

1. Cómo los trabajadores de salud están dispuestos a sustituir un determinado atributo por otros.
2. Qué incentivo o conjunto de incentivos (remuneración, bono, financiamiento para el alojamiento) es requerido para que un profesional de la salud esté dispuesto a aceptar a laborar en zonas rurales.
- 3.Cuál es el costo- efectividad de opciones de política alternativa para retener a los profesionales de salud en ámbitos rurales. Para ello, es fundamental incorporar información de costos de los atributos en el análisis (Kolstad 2010, Blaauw et al. 2010 y Bujisic 2010).

#### 4.2. Fundamentos de los modelos de selección discreta:

Los fundamentos para el análisis empírico de las decisiones de localización laboral de los trabajadores en salud se sustentan en el modelo de utilidad estocástico (Kolstad, 2010). En este marco analítico se asume que el profesional de salud  $n$  tiene que elegir entre  $J$  alternativas laborales, seleccionando aquella que le otorga el mayor nivel de utilidad ( $U$ ). En consecuencia, el individuo  $n$  elegirá una propuesta laboral  $j$ , si y solo si:

$$U_{ni} > U_{nj} \quad \forall i \neq j \in J$$

De acuerdo a este modelo, la opción  $j$  elegida tendrá el conjunto óptimo de atributos ( $X^*_{ij}$ ) que proporciona al individuo  $i$  el mayor nivel de utilidad entre todas las planes de beneficios alternativos (McFadden, 1973.):  $\max U_i = U(X^*_{ij})$ . ¿Cómo poder determinar el nivel de utilidad individual a partir de las preferencias declaradas? La teoría de utilidad estocástica da un marco adecuado para responder a esta interrogante. De acuerdo a este enfoque, el nivel de utilidad  $U$  de cada uno de estas opciones laborales es un valor incierto y por lo tanto es una variable aleatoria. En consecuencia, la utilidad indirecta es susceptible de desagregarse en dos componentes:

1. Un componente determinístico,  $V_{ni}$ , que es función de  $m$  atributos observables ( $x_1 \dots x_m$ ) que caracteriza a la opción laboral, los cuales adquieren una valorización según el peso o preferencias de los trabajadores ( $\beta_1 \dots \beta_m$ ).

2. Un componente aleatorio,  $\varepsilon_{ni}$ , que es función de atributos no observables vinculados a los gustos o altruismo de los trabajadores, por ejemplo:

Asumiendo que dichos componentes son aditivos, la utilidad indirecta de un opción laboral  $n$  para un individuo  $i$  puede expresarse de la siguiente manera:

$$\begin{aligned}
 V_{ni} &= \alpha + \beta_1 x_{1ni} + \beta_2 x_{2ni} + \dots + \beta_m x_{mni} \\
 U_{ni} &= V_{ni} + \varepsilon_{ni} \\
 U_{ni} &= \alpha + \beta_1 x_{1ni} + \beta_2 x_{2ni} + \dots + \beta_m x_{mni} + \varepsilon_{ni} \quad (1)
 \end{aligned}$$

De acuerdo a la expresión (1), la probabilidad que un profesional de la salud elija la opción laboral  $i$  frente a la alternativa  $j$  va a estar representado por:

$$\begin{aligned}
 P_{ni} &= \text{PR}[U_{ni} > U_{nj}] \quad \forall i \neq j \in J \\
 P_{ni} &= \text{Pr}[V_{ni} + \varepsilon_{ni} > V_{nj} + \varepsilon_{nj}] \quad \forall i \neq j \in J \\
 P_{ni} &= \text{Pr}[\varepsilon_{ni} - \varepsilon_{nj} > V_{nj} - V_{ni}] \quad \forall i \neq j \in J \quad (2)
 \end{aligned}$$

Asumiendo que  $\varepsilon$  es independiente e idénticamente distribuida, la ecuación (2) puede ser estimada mediante el uso de técnicas econométricas, proporcionando estimados para los pesos o preferencias individuales  $\alpha_i, \beta_1 \dots \beta_m$ . Cabe señalar, que un supuesto que subyace en el modelo es que las oportunidades laborales son susceptibles de ser ordenadas por el individuo conforme a sus preferencias respecto a los atributos que caracteriza a cada opción de trabajo.

De esta forma, los coeficientes estimados estaría reflejando la disposición del profesional de la salud a pagar por un conjunto de atributos, por ejemplo, cuánto de su salario estaría dispuesto a sacrificar por mejores condiciones de trabajo. Estableciendo  $x_j$  como el valor del atributo, entonces la voluntad de pago (WTP) estaría representada por la siguiente expresión:

$$WTP(x_m) = \frac{\delta U / \delta x_m}{\delta U / \delta x_i} = - \frac{\beta_m}{\beta_i} \quad (3)$$

Asimismo, dichos coeficientes pueden ser empleados para predecir, dado un conjunto de incentivos, el porcentaje de trabajadores que estarían dispuestos a seleccionar una propuesta laboral específica, por ejemplo, trabajar en zonas rurales. Asumiendo un modelo logístico, dicho porcentaje se expresaría como:

$$P_i = \frac{e^{\alpha + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \dots + \beta_m x_{mi}}}{\sum e^{\alpha + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \dots + \beta_m x_{mi}}}$$

#### 4.3. Ventajas de utilizar modelos de selección discreta:

1. Provee estimados cuantitativos de la valorización de los profesionales de salud respecto a determinadas atributos laborales. De manera particular, permite estimar el valor monetario (*remuneración equivalente*) que los profesionales de salud le asigna a las mejoras en las condiciones de trabajo, al subsidio de la vivienda, las capacidades de supervisión entre otras.
2. Permite comparar simultáneamente atributos entre diferentes opciones laborales
3. Permite incorporar en el análisis aspectos vinculados a costos y por lo tanto, es susceptible de cuantificar el costo efectividad de diferentes opciones laborales
4. Al basarse en preferencias declaradas, el modelo permite evaluar los alcances de opciones de políticas aún no implementadas.

#### 5. HIPÓTESIS (Sí el estudio lo amerita colocar referencia)

No aplica

### 6. METODOLOGÍA

#### 6.1. Tipo de estudio:

Estudio transversal analítico a desarrollarse en 6 ciudades representativos de las zonas urbanas de la costa, sierra y selva.

#### 6.2. Población de estudio y muestreo

Egresados de las universidades o escuelas de medicinas y enfermería, así como profesionales de salud (médicos y enfermeras) que laboran en establecimientos públicos en zonas urbanas. Para el caso de los profesionales de salud, la selección del tamaño muestral se realizará mediante un **muestreo estratificado** multietápico. En una primera etapa se clasificará a los establecimientos de salud en tres grupos, según el tamaño del personal. Al interior de cada grupo se elegirá aleatoriamente una muestra de establecimientos. Finalmente, se seleccionará aleatoriamente un número de médicos / enfermeras al interior de los establecimientos electos. La literatura

internacional indica que la muestra utilizada en estudios similares en otros países oscila entre 300 y 400 casos por cada tipo de profesional.

### 6.3. Acopio de información

- Se prevé utilizar múltiples métodos para evaluar las actitudes, preferencias, y elecciones individuales respecto a laborar en áreas rurales o remotas. En primer lugar, se realizarán **entrevistas a profundidad** con los responsables de la política de recursos humanos para analizar e identificar medidas prospectivas y de política para profundizar el reclutamiento y retención de los profesionales de salud en áreas rurales.
- Adicionalmente se organizarán **focus groups** para el diseño del experimento de selección discreta. Estos foros de discusión se utilizarán para recoger información respecto de las preferencias laborales de los profesionales de salud así como identificar los factores que influirían en la toma de decisión.
- Se aplicará un cuestionario a los egresados y profesionales de salud para recoger información de las características socioeconómicas e indagar sus preferencias y actitudes para laborar en zonas rurales. Para ello, se diseñara un experimento de selección discreta cuyas características se detallan a continuación.

### 6.4. Diseño del experimento de selección discreta

El experimento de selección discreta se diseñará conforme a las recomendaciones sugeridas por Ryan y Farrar (2000), Scot (2001) y Ryan (2004). De acuerdo a ello, se procederá en primer lugar a definir los atributos o características laborales que se incluirán en el experimento así como definir los niveles adecuados para cada atributo. El foco de las características laborales son las preferencias de los profesionales de salud por diferentes incentivos financieros y no financieros que puedan ser utilizados para atraerlos y retenerlos en las zonas rurales.

#### 6.4.1. Estableciendo atributos

La selección de los atributos y sus niveles es una etapa crítica en el diseño del experimento de selección discreta, por cuantos éstos van a configurar los escenarios hipotéticos de propuestas laborales que van a ser consultados a los participantes del experimento. Para la selección y definición de los atributos se va a requerir un buen entendimiento de las perspectivas y experiencias de la población objetivo (Hall et al. 2004; Coast and Horrocks 2007), así como los interés de política por parte de las autoridades de recursos humanos.

Para este fin, se van a utilizar diferentes fuentes para construir una propuesta de atributos o características laborales:

- Fuentes secundarias: Publicaciones o literatura gris, como documentos de política o reportes del gobierno.

- Fuentes primarias: Se realizará entrevistas semi estructuradas con graduados y profesionales de salud para obtener información respecto de las condiciones actuales de trabajo, expectativas y preferencias, identificar factores de escasez y prioridades de reformas. Ello permitirá configurar una propuesta de incentivos acorde con las condiciones del mercado laboral peruano.

Asimismo, se realizarán entrevistas adicionales con funcionarios públicos del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud para analizar sus percepciones, preocupaciones de política y obtener información sobre los niveles remunerativos.

Cabe señalar, que no existen restricciones sobre el número de atributos que pueda ser utilizado en el experimento de selección discreta. Sin embargo, de acuerdo a las prácticas internacionales, se recomienda que no exceda a 10 atributos para garantizar que los participantes en el experimento tengan la oportunidad de evaluar todas las alternativas al momento de elegir por una opción (DeShazo y Fermo 2002): a mayor número de atributos, mayor será la dificultad cognitiva para la aplicación del experimento.

Finalmente, para la definición de los atributos se realizarán pruebas estadísticas para prevenir traslapes conceptuales o correlaciones entre atributos, que pudieran sesgar las valoraciones individuales de cada característica laboral sobre la decisión final del profesional de salud.

En la tabla 2, se muestra unos ejemplos de dimensiones considerados en diversos estudios internacionales para identificar el conjunto de incentivos (financieros y no financieros) adecuados para extender el reclutamiento y la retención de los profesionales de salud en áreas rurales (ver tabla 3).

Tabla 2: Marco analítico referencial para la definición de incentivos para laborar en áreas rurales

Dimensiones	Características laborales	Justificación
Mantenimiento de personal adecuado y estable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos efectivos de selección de personal</li> <li>• Gestión de la carga laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasez de personal y alta rotación del personal generan frustración y estrés sobre el personal</li> <li>• Sincronía entre el personal seleccionado y la posición asignada reduce el riesgo desplazamientos laborales</li> </ul>
Provisión de infraestructura apropiada y adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar un sistema adecuado de información</li> <li>• Contar con sistemas adecuados y financiados para la movilidad del personal</li> <li>• Contar con vivienda adecuada y financiada</li> <li>• Sistema de calefacción/ aire condicionados en los espacios laborales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada infraestructura es un requerimiento de todo personal</li> <li>• Contar con un sistema de información influye favorablemente sobre el desempeño</li> <li>• La movilidad es condición necesaria para garantizar una adecuada provisión de los servicios en áreas rurales</li> <li>• Política de vivienda es requerimiento del personal</li> <li>• Es fundamental mitigar las condiciones climáticas adversas</li> </ul>
Establecer remuneraciones realistas y competitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios / Bonos por productividad</li> <li>• Beneficios para retención de personal (incluye prima de riesgos según zona geográfica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La remuneración es un indicador sensible de la movilidad laboral</li> <li>• Premia a los empleados por sus servicios</li> </ul>
Promover una organización laboral efectiva y sostenible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación fluida</li> <li>• Liderazgo de los directivos</li> <li>• Inducción laboral</li> <li>• Buena gerencia y supervisión adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión eficiente es importante para garantizar efectividad</li> <li>• Eleva la satisfacción del cliente interno</li> </ul>
Desarrollo profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• Oportunidades de desarrollo / carrera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores requieren ser valorados por su contribución</li> <li>• Clima laboral promueve el desempeño y mejora la satisfacción</li> </ul>
Soporte social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte al niño y a la familia</li> </ul>	

Fuente: Buykx et al 2010.

Tabla 3: Ejemplos referenciales de incentivos a los profesionales de salud

Incentivos financieros	Incentivos no financieros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago por horas extras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento de estudios de post grado</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento de la vivienda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión y apoyo para el trabajo profesional</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago extra por servicios no contemplados en la descripción laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de vida</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago extra por servicios que ponen en riesgo la seguridad del profesional de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores horas de trabajo mensual / periodos de visita al lugar de residencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago de movilidad para servicios de emergencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a internet</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago para la instalación del profesional que es transferido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación para la educación de los hijos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento de los servicios de telefonía</li> </ul>	

Fuente: Ndtetei et al 2008

#### 6.4.2. Asignando niveles a los atributos

Una vez que los atributos hayan sido definidos, se requiere asignarles niveles que reflejen el rango de situaciones potenciales que el entrevistado pudiera enfrentar al tomar una decisión laboral. Es importante garantizar niveles realistas y relevantes para elevar la precisión de los parámetros a estimar (Hall et al. 2004). Tradicionalmente, se utiliza información cualitativa para determinar un nivel base

Una vez que los atributos hayan sido definidos, se requiere asignarles niveles que reflejen el rango de situaciones potenciales que el entrevistado pudiera enfrentar al tomar una decisión laboral. Es importante garantizar niveles realistas y relevantes para elevar la precisión de los parámetros a estimar (Hall et al. 2004). Tradicionalmente, se utiliza información cualitativa para determinar un nivel base que refleje las condiciones laborales actuales sobre el cual se incluye niveles adicionales que reflejen escenarios de mejoras del nivel base. Para facilitar la comprensión del experimento de selección discreta, las prácticas internacionales sugieren no utilizar más de tres niveles por atributo.

Tabla 4:

Ejemplos de atributos y niveles referenciales para el experimento de selección discreta (caso de médicos)

Atributos	Niveles
Localización del establecimiento rural	En la capital de la provincia
	Fuera de la capital
Características del equipamiento	Adecuado
	Inadecuado
Escala salarial	Entre NS/ 1000 y 2000
	Entre NS/ 2000 y 4000
	Entre NS/ 4000 y 6000
Desarrollo profesional	Con programas de capacitación
	Sin programas de capacitación
Vivienda	Asignación para la vivienda (básica)
	Asignación para la vivienda
	Sin asignación
Transporte	Si
	No
Educación de los hijos	Asignación de estudios
	Sin asignación para estudios
Fuente: Eruk et al 2010	

#### 6.4.3. Diseñando las opciones laborales

El siguiente paso en el diseño controlado de selección discreta es la generación de las alternativas de propuestas laborales hipotéticas y combinarlas para la creación de conjuntos

para la elección por parte del entrevistado. Para ello, se utilizará un diseño factorial con las siguientes características:

1. **Fraccionado:** seleccionar una muestra representativa del total de posibles combinaciones de los niveles de los atributos.
2. **Ortogonal:** seleccionar atributos que sean estadísticamente independientes (Hensher et al. 2015)
3. **Balanceado:** garantizar que los niveles de atributos aparezcan en las diversas alternativas de manera equilibrada

Se utilizará el aplicativo estadístico SPSS para la generación de las alternativas de propuestas laborales bajo el diseño factorial fraccionado. En la tabla 5 se muestra un ejemplo de un set de alternativas laborales para que seleccione una enfermera que participe en el experimento controlado:

**Tabla 5: Ejemplo de alternativa de propuesta laboral para médicos**

En esta sección del cuestionario quisiéramos entender qué tipo de trabajo de enfermera prefiere.

Le presentaremos dos propuestas de trabajo con diferentes condiciones laborales y le solicitaríamos que declarase su preferencia por una de ellas.

También quisiéramos indagar si estaría dispuesta a aceptar la propuesta elegida si el MINSA le ofreciera esta posición y en consecuencia renunciar a su trabajo actual, si estuviera laborando.

Alternativa 1		Alternativa 2	
Locación	Urbano	Locación	Rural
Equipamiento	Inadecuado	Equipamiento	Adecuado
Escala remunerativa	NS/ 2000-4000	Escala remunerativa	NS/ 4000-6000
Transporte	Si	Transporte	Si
Vivienda	No	Vivienda	Si
Carga laboral	Alta	Carga laboral	Moderada

#### 6.4.4. Diseño y validación de los cuestionarios

Se realizará una prueba piloto para validar los contenidos de la encuesta, principalmente en lo referente a la selección y definición de los atributos y sus niveles.

## 7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La aplicación del experimento controlado de selección discreta permitirá estimar los parámetros de la ecuación 3 y 4, para inferir la probabilidad que un profesional de salud acepte laborar en zonas rurales condicionado a un tipo de incentivo (efecto marginal) o conjunto de incentivo (efectos de interacción). Asimismo, se estimará los costos monetarios de implementar cada uno de los efectos señalados, tal como se muestra en la tabla 6, lo cual permitirá definir el paquete de incentivos que sean financieramente viables.

**Tabla 6: Costos esperados y simulación de impactos de políticas de RR.HH.**

Opciones de política	Probabilidad que un médico acepte laborar en ámbito rural	Costo adicional mensual por médico (US\$)
<b>Efectos marginales</b>		
Incentivos no financieros		
• Mejorar equipamiento	32%	520
• Provisión de vivienda	29%	175
• Oportunidades de desarrollo profesional	34%	138
Incentivos financieros		
• Aumentos salarial 10%	24%	26
• Aumentos salarial 20%	25%	52
• Aumentos salarial 30%	26%	106
• Aumentos salarial 40%	28%	154

**Efectos de interacción**

Efectos de interacción			
•	Provisión de vivienda + incremento salarial 10%	40%	227
•	Desarrollo profesional + incremento salarial 30%	31%	190
Fuente: Vujicic 2010			

**8. ASPECTOS ÉTICOS**

**A. PARTICIPACIÓN DE SERES HUMANOS.**

El estudio NO involucra la participación (ni muestras biológicas) de seres humanos. (Si marca esta respuesta, entonces no es necesaria una constancia de aprobación del CEI).	
El estudio involucra la participación de seres humanos o sus muestras biológicas: (Si marca esta respuesta, la revisión y aprobación por CE se realizará durante el proceso de calificación del estudio).	SI

**B. PROCESO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El estudio no requiere consentimiento informado	
El estudio requiere del consentimiento informado de los participantes	SI

El Consentimiento informado por escrito será leído por el sujeto mayor de 18 años elegida para el estudio, con la finalidad de obtener su autorización para participar en la investigación. Será leído al sujeto en caso no pueda leerlo. Si acepta participar voluntariamente, le aplicaremos un cuestionario sobre estilos de vida, alimentación y antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular y, colectaremos una muestra de sangre venosa en ayunas para la determinar la glicemia y perfil lipídico. Asimismo, una muestra de sangre capilar (punción del dedo) para la determinar la glicemia capilar, colesterol y triglicéridos in situ a través de tiras reactivas y equipo portátil; el resultado será informado inmediatamente al sujeto.

Los encuestadores del estudio serán los encargados de obtener el consentimiento informado a los sujetos, hombre o mujer mayor de 18 años, que hayan sido elegidos para el estudio en cada familia visitada en la encuesta ENAHO.

Estas personas serán capacitadas previamente en la redacción, formulación y obtención del consentimiento informado, así como en la toma de muestras de sangre por venopunción y capilar digital.

### **B.1. RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES**

Los sujetos elegidos para el estudio serán producto de una muestra poblacional nacional que el INEI proporciona a la encuesta ENAHO. Por tanto son muestras poblacionales elegidas al azar cuya participación en el estudio familiar e individual, será a través de un consentimiento informado que será explicado y leído en el momento del contacto inicial y será a libre determinación del sujeto.

En el estudio el sujeto de estudio son los miembros de la familia, hombres o mujeres mayores de 18 años, quienes serán sorteadas al azar en la primera visita, para elegir a solo un sujeto a quien se le invitará a participar mediante el consentimiento informado.

### **B.2. PAGO A LOS PARTICIPANTES**

No aplica

¿Los sujetos de investigación deberán pagar alguno de los procedimientos usados en el estudio?  
Sí / No

Si su respuesta fue afirmativa, explique cuáles y por qué?

### **B.3. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA**

El ingreso de información recolectada de la encuesta se iniciará una vez concluido el trabajo de campo a partir de la ficha individual de cada sujeto que voluntariamente participó en el estudio. Previa a la digitación se realizará la codificación por parte de los encuestadores y por los supervisores y en los casos que sean necesarios se retornará a las viviendas para corroborar si los datos corresponden al sujeto encuestado.

La digitación de las encuestas será realizada a doble ciego, que significa que ni el digitador ni el encuestador sabrán la identidad del sujeto estudiado al momento de elaborar el banco de datos, excepto el investigador principal del estudio.

El banco de datos estará separado de la información obtenida en las fichas correspondientes. Estas últimas junto con los sendos consentimientos informados, serán almacenadas y protegidas en un ambiente designado por la Dirección General del Centro Nacional de Salud Pública en el

INS y servirán como documentos base para la implementación de las políticas preventivo promocionales que tendrán como objetivo reducir la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en nuestra población.

#### **B.4. INFORME AL PÚBLICO**

Los resultados del estudio, por su trascendencia, serán presentados a la opinión pública y a la comunidad científica, mediante una publicación que será difundida a nivel nacional e internacional, a través de revistas con ranking así como en eventos científicos y de salud pública.

#### **B.5. OTROS ASPECTOS ÉTICOS RELEVANTES**

Detallar cualquier otro punto de relevancia ética que no haya sido comentado previamente. Estos pueden comprender: riesgos a terceros, participantes con relación estrecha con los investigadores, participantes con una relación de dependencia con los investigadores (estudiantes, niños, prisioneros, etc., monitoreo de actividades ilegales, etc.

¿Existe posibilidad de efectos adversos para participar en el estudio?

Explique brevemente la forma de monitoreo, manejo y informe de los probables efectos adversos que pudieran presentarse durante el estudio.

No aplica.

## **10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

al, Snow et. «Key factors leading to reduced recruitment and retention of health professionals in remote areas of Ghana: a qualitative study and proposed policy solutions.» *Human Resources for Health*, 2011: 9-13.

Buykx, Penny, John Humphreys, John Wakerman, y Dennis Pashen. *Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy*. 102–109: Aust. J. Rural Health, 2010.

Haji, Mahjabeen, Varatharajan Durairaj, Pascal Zurn, Laura Stormont, y Maximillian Mapunda. «Emerging opportunities for recruiting and retaining a rural health workforce through decentralized health financing systems.» *Bull World Health Organ*, 2010: 397-399.

Haji, Mahjabeen, y otros. «Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment.» *Bull World Health Organ*, 2010: 333-341.

Hall J, Viney R, Haas M, Louviere JJ. «Using stated preference discrete choice modelling to evaluate health care programs.» *Journal of Business Research*, 2004: 1026-1032.

Hanson, K., y W. Jack. *Health Worker Preferences for Job Attributes in Ethiopia: Results from a Discrete Choice Experiment*. Mimeo, 2008.

Hensher DA, Rose JM, Greene WH. *Applied choice analysis: a primer*. Cambridge: Cambridge University Press., 2005.

Kolstad, J.R. «How to Make Rural Jobs More Attractive to Health Workers: Findings from a Discrete Choice Experiment in Tanzania.» *Health Economics*, 2010.

Mangham, Lindsay J, Kara Hanson, y Barbara McPake. «How to do (or not to do) . . . Designing a discrete choice experiment for application for application.» *Health Policy and Planning*, 2009;24: 151–158.

Ndetei, David, Lincoln Khasakhala, y Jacob O Omolo. *Incentives for health worker retention in Kenya: An assessment of current practice*. Kenya: Institute of Policy Analysis and Research (IPAR),, 2008.

Rourke, James. «How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region?» *Bull World Health Organ*, 2010: 395 396.

Sriratana, Pagaiya N,, Tangchareonsathien V, Noree T, y Lagarde M. *Health workers' preferences and policy interventions to improve retention in rural areas in Thailand*. Thailand: Consortium for Research on Equitable Health Systems, 2011.

USAID. *La capacidad de anesorción de recursos del sub sector público en salud*. Lima : Abt Asociados, 2011.

Vujicic, Marko, Marco Alfano, y Bukhuti Shengelia. *Getting health workers to rural areas: Innovative Analytic Work to Inform Policy Making*. Washington DC: The World Bank, 2010.

World Health Organization. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Geneva: WHO, 2009.

**Appendix 8: Processes manual for managing the supply of pharmaceutical products and medical supplies in San Martin Region**

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – SAN MARTÍN

# Manual de Procesos

GESTIÓN DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DE LA DIRES SAN MARTÍN

Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Medicamentos - DGSSM

05/01/2012

Documento descriptivo, que sistematiza la gestión del suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en los servicios públicos de salud de la Región; teniendo un carácter instructivo y de información

**Tabla de contenido**

- 1. Objetivo**
- 2. Estructura Organizacional y Funciones**
  - 2.1. Dirección del proceso de suministro.....
  - 2.2. Operación del proceso de suministro.....
- 3. Descripción de los procesos operativos**
  - 3.1. Programación.....
  - 3.2. Adquisición.....
  - 3.3. Almacenamiento.....
  - 3.4. Distribución.....

**tabla de ilustraciones**

- Cuadro # 1 Relación Sub Procesos DIRES San Martín.....
- Cuadro # 2 Funciones de Dirección y Funciones de Operación.....
- Cuadro # 3 Flujo del Proceso General de Suministro.....
- Cuadro # 4 Flujo del Sub Proceso Programación (1).....
- Cuadro # 5 Flujo del Sub Proceso Programación (2).....
- Cuadro # 6 Flujo del Sub Proceso Adquisición Nacional (CCN).....
- Cuadro # 7 Flujo del Sub Proceso Adquisición Regional (CCR).....
- Cuadro # 8 Flujo del Sub Proceso Adquisición Regional(CCR).....
- Cuadro # 9 Flujo del Sub Proceso Almacenamiento.....
- Cuadro # 10 Flujo del Sub Proceso Distribución 1.....
- Cuadro # 11 Flujo del Sub Proceso Distribución 2.....

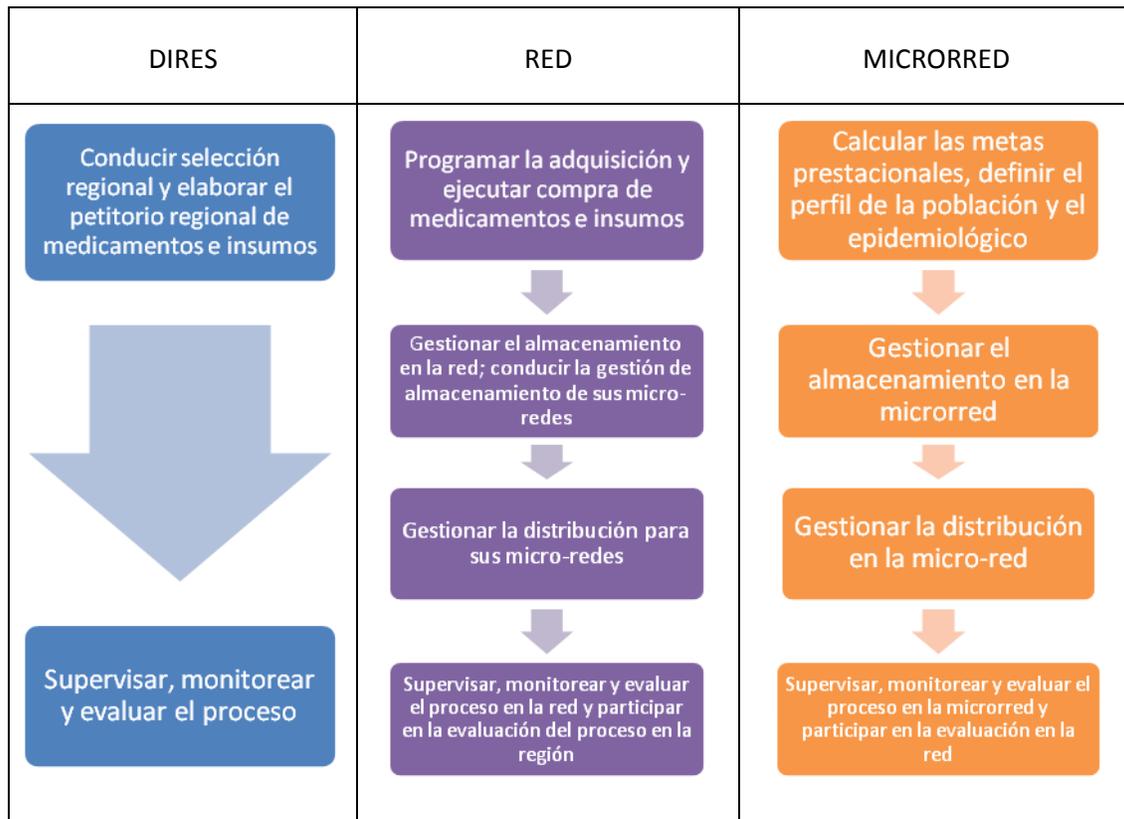
### 1. Objetivo

El objetivo del suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios es garantizar la disponibilidad de tratamientos completos en los establecimientos de salud públicos de la región, de acuerdo a las características, necesidades y perfil epidemiológico de la población objetivo, utilizando racionalmente los recursos disponibles.

La gestión del suministro es la capacidad de hacer que se cumplan los objetivos, la habilidad de conducir una serie de actividades y/ o rutinas, para que ejecutadas con determinados criterios, lleven a la producción de los resultados deseados.

En el proceso de suministro de productos farmacéuticos, se habla de una serie de actividades (sub procesos) estrechamente asociadas dentro de una lógica sistémica, orientados a los mismos resultados y con las mismas soluciones. Cualquier acción dentro del sistema, por más independiente que parezca, afecta a todo el sistema. Hay que considerar que algunas de estas actividades pueden estar a cargo de diferentes áreas, sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo.

**Cuadro # 1 Relación Sub Procesos DIRES San Martín**



Como se aprecia en el cuadro n° 1, los sub procesos comprendidos en el suministro de medicamentos son los de selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos, incluyendo el manejo de los recursos humanos, administración presupuestal y generación de información. Se trata de un sistema de suministro que interactúa con sistemas de información, de recursos humanos, financieros y donde todos responden a la lógica de un sistema sanitario de servicios de salud.

Es necesario señalar que la colocación de límites entre los diversos sub procesos se realiza para fines descriptivos/operativos y una mejor comprensión de lo que implica cada uno. Se debe tener claro que cuando se trata de un sistema, no hay separación entre las acciones en un sub proceso y sus efectos en los restantes. Tampoco no se trata de alcanzar eficiencias individuales u óptimos parciales en cada sub proceso, pues el ajuste se tiene que dar a nivel de todo el sistema y en el resultado final.

El objetivo del presente documento es el de describir las actividades que se ejecutan en cada uno de los sub procesos que conforman el proceso de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en la DIRES San Martín, así como las áreas o cargos responsables en cada caso. La intención es que una vez estén claramente establecidos los flujos y responsables de operar y controlarlos, sirva de punto de partida para la implementación de técnicas de mejora continua y el establecimiento de criterios de gestión eficientes.

No se incluyen la selección de medicamentos ni la parte de uso o dispensación, por considerar que están fuera de la operación logística.

## 2. Estructura Organizacional y Funciones

De acuerdo con el reglamento de organización y funciones (ROF) de la Dirección Regional de Salud (**DIRES**) de San Martín, las funciones de dirección del suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios han sido asignadas a las Dirección Ejecutiva de Salud Integral (**DESI**) a través de la Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Medicamentos (**DGSSM**) las funciones de dirección. Las redes son las responsables de la operación del proceso.

### a. Dirección del proceso de suministro

La **DESI** está **encargada** de **planificar, conducir, organizar, regular** y **evaluar** la **provisión** de servicios públicos en salud (art. 33°, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

Adicionalmente le ha sido asignada, de manera explícita, la responsabilidad de **supervisar, monitorear** y **participar** en la **evaluación** del suministro de medicamentos e insumos (art. 34°, inc. a, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

La **DGSSM**, a través del Responsable de Medicamentos tiene las siguientes funciones:

**Formular propuestas de Lineamientos, Normativa y Procedimientos** en los procesos de gestión del suministro de medicamentos e insumos (art. 41°, inc. a, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

**Formular y ejecutar** el plan operativo institucional y el presupuesto anual, para los procesos de suministro de medicamentos. **Asesorar** a las distintas direcciones en la **implementación** de los planes y **supervisar** su cumplimiento (art. 41°, inc. b, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

**Difundir, adecuar, cumplir, asesorar y controlar** la **aplicación** de la **normativa** nacional y regional en los procesos de gestión y suministro de medicamentos (art. 41°, inc. c, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

**Organizar y gestionar** el **sistema** de suministro de medicamentos e insumos médico quirúrgicos a nivel regional, según normas nacionales (art. 41°, inc. h, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

**Identificar** las **necesidades** del **sistema** regional de información en salud los procesos de gestión de medicamentos (art. 41°, inc. j, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín)

**Monitorear y participar** en la **evaluación** de la gestión y organización del suministro de medicamentos e insumos en el ámbito regional (art. 41°, inc. o, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

La **Oficina Ejecutiva de Administración** tiene las siguientes funciones:

**Dirigir** la **formulación** de propuestas de **lineamientos, normativa y procedimientos** en los procesos Logísticos en la DIRES, hospital regional, redes y micro redes de salud, en coordinación con las direcciones ejecutivas que correspondan (art. 32°, inc. a, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

**Gestionar** el almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos, en la DIRES y **controlarlos** en el hospital regional y redes de salud (art. 32°, inc. m, ROF Dirección Regional de Salud de San Martín).

## **b. Operación del proceso de suministro**

Las Redes Unidades Ejecutoras y Redes Operativas tienen las siguientes funciones:

**Programar, almacenar, distribuir y controlar** medicamentos e insumos médico quirúrgicos y odontológicos de la red; **coordinar** con la DIRES la adquisición de compras a nivel regional y nacional; **adquirir** y **ejecutar** compras de emergencia de la unidad ejecutora de salud.

**Identificar** las necesidades de medicamentos e insumos médico quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio de la red de salud y **consolidar** los requerimientos de la unidad ejecutora de salud.

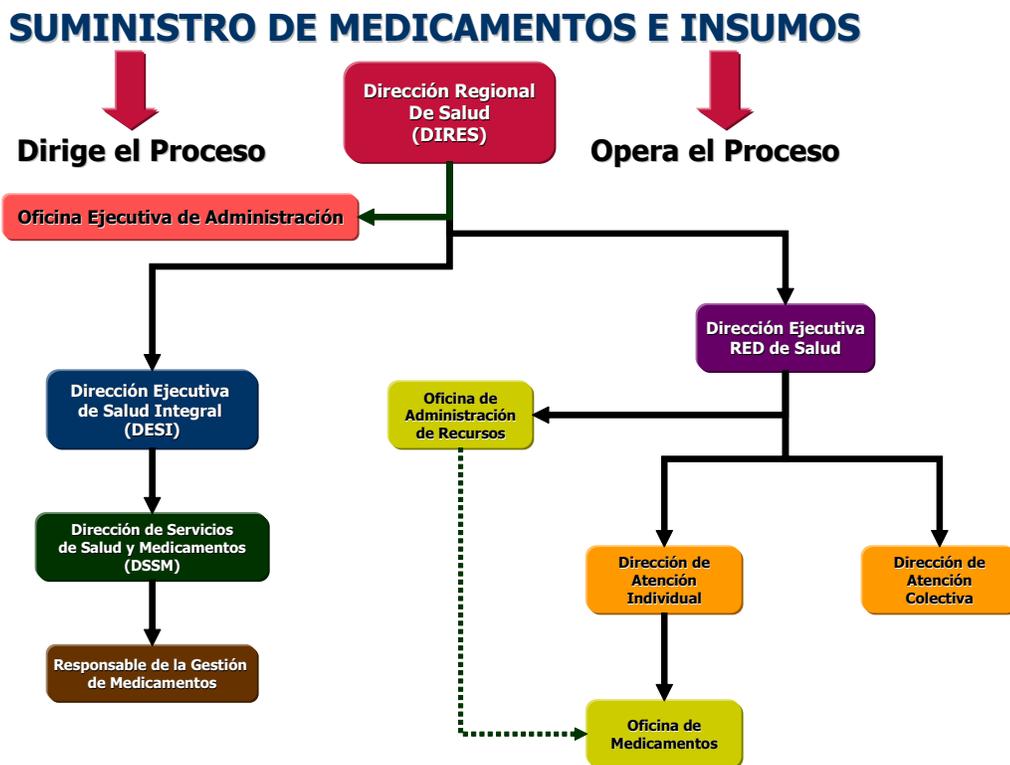
La *Oficina de Administración de Recursos de las Redes Unidades Ejecutoras y Redes Operativas* tienen las siguientes funciones:

**Ejecutar** y **controlar** el almacenamiento, distribución y control de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos y odontológicos de su red de salud y micro redes; **coordinar** con la DIRES la adquisición de medicamentos e insumos de las compras regionales y nacionales y ejecutar la adquisición de compras de emergencia.

Las *Direcciones de Atención Individual* y las *Direcciones de Atención Colectiva de las Redes Unidades Ejecutoras y Redes Operativas* tienen las siguientes funciones:

**Consolidar** las necesidades de medicamentos e insumos médico quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio para la atención individual de las personas en la red de salud.

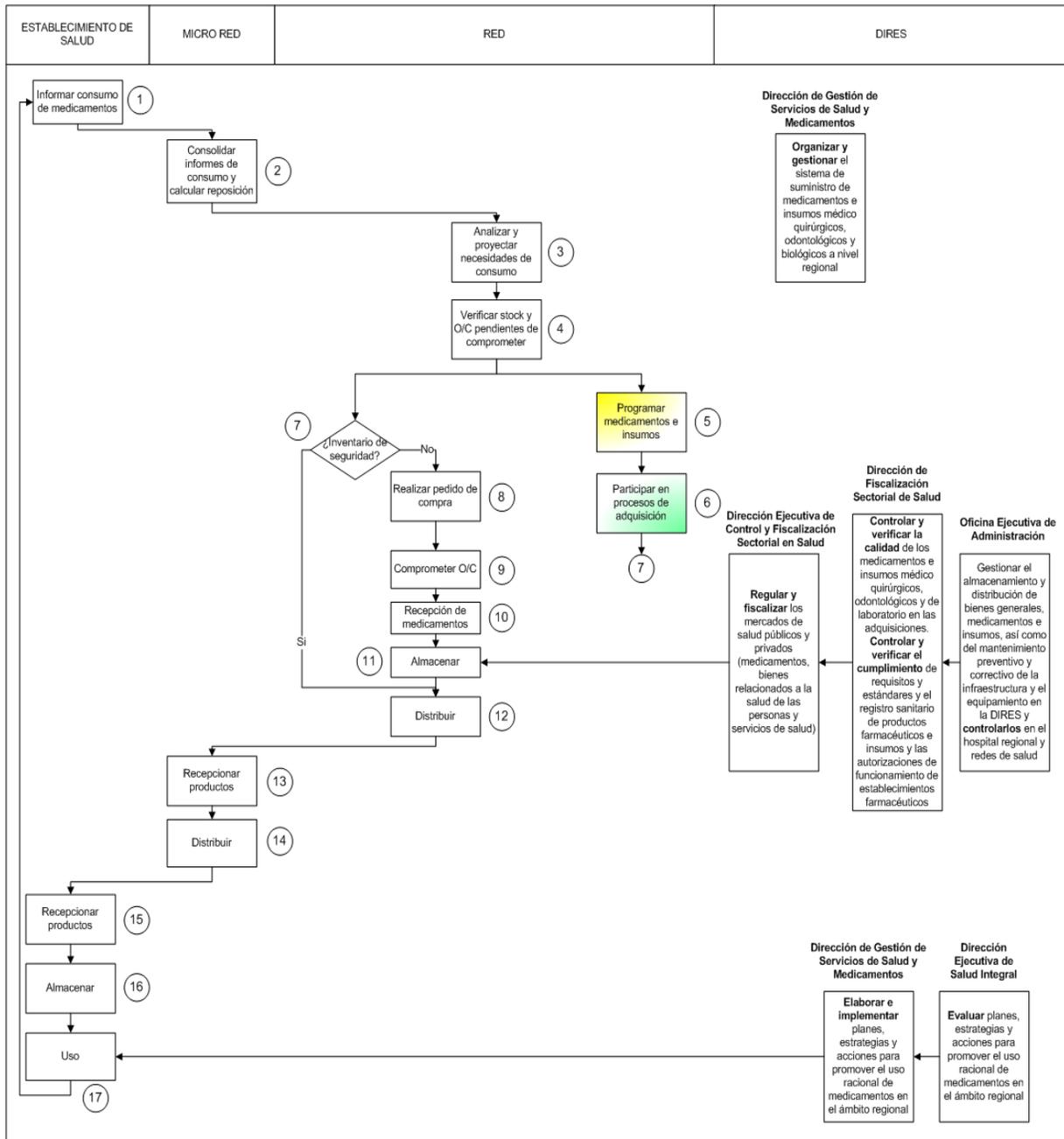
**Cuadro # 2 Funciones de Dirección y Funciones de Operación**



### 3. Descripción de los procesos operativos

A continuación se muestra de una manera general los principales procesos que operan en la gestión de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, así como la descripción de cada una de las actividades que los componen.

**Cuadro # 3 Flujo del Proceso General de Suministro**



## Descripción de actividades Generales:

No.	Actividad	Descripción
1	Informar consumo de medicamentos	El proceso de suministro de productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios se inicia a partir de las necesidades en los prestadores. Es el consumo de los <i>establecimientos de salud</i> lo que <b>jala</b> el proceso. La solicitud de reposición se hace a las <i>cabeceras de micro red correspondientes</i> .
2	Consolidar informes de consumo y calcular reposición	Las <i>micro redes</i> <b>consolidan</b> las solicitudes de reposición de los establecimientos de salud en su jurisdicción y <b>verifican</b> su consistencia. Adicionalmente <b>deben estimar</b> cual es el consumo esperado para los siguientes <b>3</b> meses.  Toda esta información es enviada a las redes correspondientes.
3	Analizar y proyectar necesidades de consumo	Las <i>Redes</i> analizan y proyectan el consumo de los productos farmacéuticos teniendo en cuenta el inventario de seguridad, para garantizar el abastecimiento de los mismos a los <i>establecimientos de salud</i> de su ámbito
4	Verificar stock y O/C pendientes de comprometer	Una vez hecha la estimación de lo que necesitan consumir los EESS de su ámbito, proceden a verificar el stock y las O/C pendientes de comprometer, para calcular la cantidad de productos farmacéuticos que necesitan adquirir.
5	Programar medicamentos e insumos	La <i>Red</i> procede a <b>programar</b> el abastecimiento de los productos farmacéuticos, tomando en cuenta prioridades sanitarias, recursos financieros y tiempos de entrega.  Este proceso se debe realizar durante el primer trimestre de cada año.  La <i>DGSSM</i> <b>Organiza y gestiona</b> el sistema de suministro a nivel regional

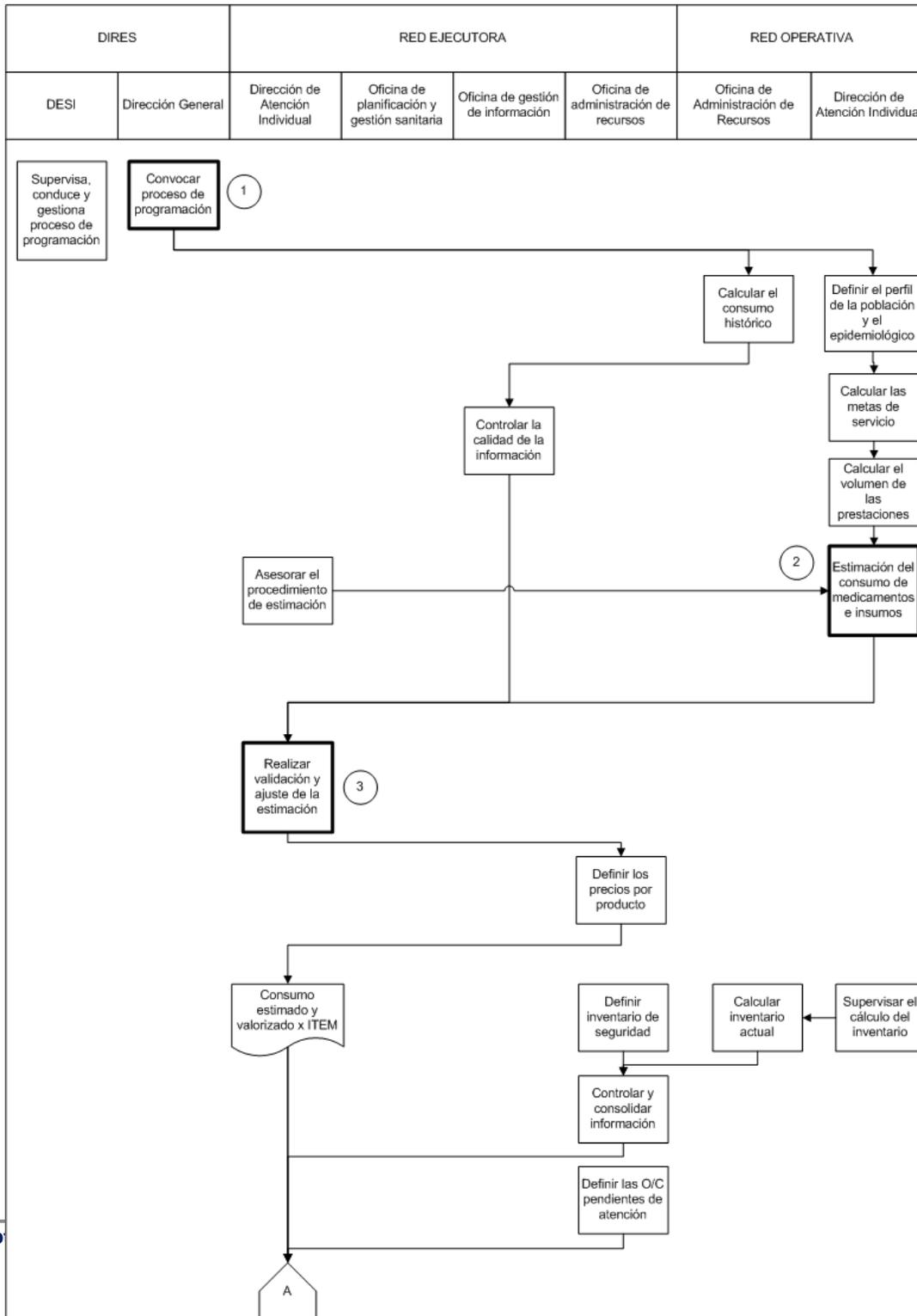
6	Participar en procesos de adquisición	Una vez realizada la programación de productos farmacéuticos, la <i>Red</i> participa en la compra corporativa nacional, convocada por <i>DARES</i> ( <i>participación obligatoria durante el segundo y tercer trimestre del año</i> ); compras regionales, convocadas por <i>DIRES</i> a través de la <i>DGSSM</i> ( <i>participación obligatoria durante el último trimestre del año</i> ) o en compras locales ( <i>solo si fuera necesario, para compras de menor costo</i> ) convocadas por la misma red unidad ejecutora.
7	Verificar inventario de seguridad	Las <i>Redes</i> <b>verifican</b> si cuentan con el inventario necesario para abastecer las solicitudes de reposición recibidas. Así mismo utilizan la proyección de consumo para los siguientes <b>3</b> meses para evaluar si necesitan emitir órdenes de compra a proveedores adjudicados en las compras corporativas nacionales o regionales.
8	Realizar pedido de compra	Si no cuentan con el inventario de seguridad establecido, las <i>Redes</i> proceden a realizar el pedido de compra.
9	Comprometer O/C	Una vez registrado el pedido de compra, la <i>Red</i> procede a comprometer las O/C a proveedores adjudicados en la compra nacional o regional, de acuerdo a los contratos suscritos.
10	Recepción de pedidos	La <i>Red</i> <b>recepciona</b> los pedidos de acuerdo a los procedimientos y plazos establecidos.
11	Almacenar	<p>La <i>Red</i> <b>almacena</b> los ítems recibidos de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento (BPA).</p> <p>La <i>Dirección Ejecutiva de Control y Fiscalización Sectorial en Salud de la DIRES</i> <b>regula y fiscaliza</b> los mercados de salud públicos y privados (medicamentos, bienes relacionados a la salud de las personas y servicios de salud).</p> <p>La <i>Dirección de Fiscalización Sectorial de Salud</i> <b>controla y verifica</b> la calidad de los</p>

		<p>medicamentos e insumos médico quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio en las adquisiciones.</p> <p><b>Controla y verifica</b> el cumplimiento de requisitos y estándares y el registro sanitario de productos farmacéuticos e insumos y las autorizaciones de funcionamiento de establecimientos farmacéuticos.</p> <p>La <i>oficina ejecutiva de administración</i> <b>gestiona</b> el <b>almacenamiento y distribución</b> de bienes generales, medicamentos e insumos, así como del mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y el equipamiento en la DIRES y controlarlos en el hospital regional y redes de salud.</p>
12	Distribución a cabeceras de micro red	Las <i>Redes</i> se responsabilizan de <b>distribuir</b> los productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios a sus cabeceras de micro red.
13	Recepción de productos	Las <i>Micro redes</i> <b>reciben</b> los despachos que envían las redes destinados a los establecimientos de salud en sus jurisdicciones.
14	Distribución a establecimientos de salud	Las <i>cabeceras de micro red</i> <b>coordinan</b> el <b>despacho</b> o el <b>recojo</b> de los pedidos de reposición solicitados por los establecimientos de salud ( <b>actividad 1</b> )
15	Recepción de Pedidos	Los <i>responsables de las farmacias en los establecimientos de salud</i> <b>reciben</b> sus pedidos y los <b>verifican</b> de acuerdo a procedimientos establecidos.
16	Almacenamiento	Los <i>responsables de las farmacias en los establecimientos de salud</i> <b>almacenan</b> los ítems recibidos de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento.
17	Uso	Uso y dispensación para reiniciar el ciclo de suministro.
<b>Proceso: Suministro</b>		<p><b>Versión Preliminar</b></p> <p>Listado de Actividades</p> <p>Fecha Actualización: <b>Enero 2011</b></p>

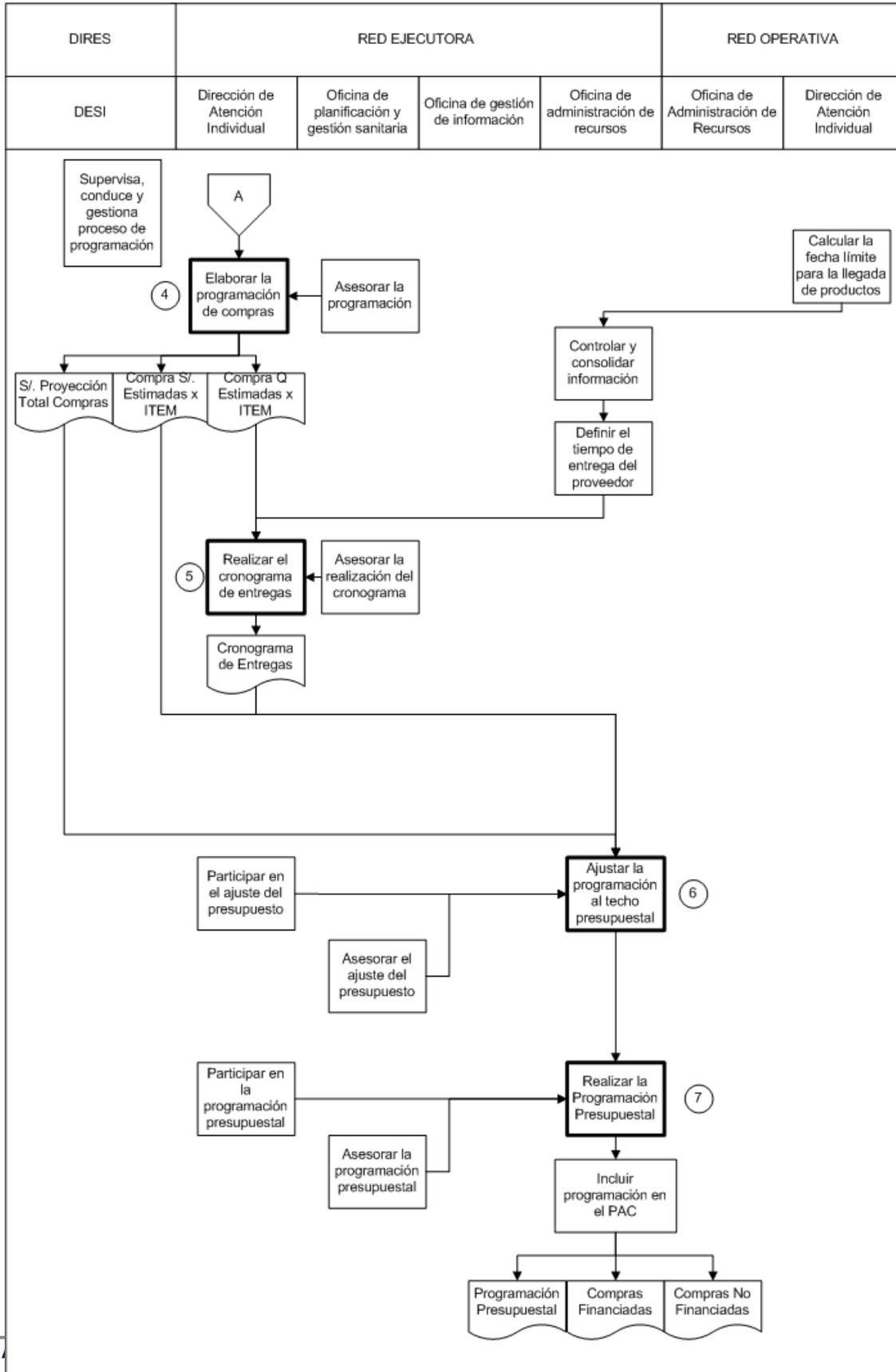
### a. Programación

La programación es la tarea de idear y ordenar las acciones necesarias para realizar un proyecto. El subproceso de programación detalla los procedimientos para la programación de consumo, compras y presupuesto financiero dirigido a optimizar la utilización y disponibilidad de recursos con las necesidades físicas de medicamentos e insumos.

**Cuadro # 4 Flujo del Sub Proceso Programación (1)**



**Cuadro # 5 Flujo del Sub Proceso Programación (2)**



## Descripción de actividades que se realizan en el sub proceso de Programación

No.	Actividad	Descripción
1	Convocar proceso de Programación	<p>El proceso para la programación anual de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios será convocado por la Dirección Regional y los Directores de Redes.</p> <p>El <i>Director General de Salud de la Región</i> <b>ordena</b> dentro del primer trimestre de cada año y mediante documento oficial, el inicio de la programación, comprometiendo la responsabilidad y participación de los <i>Directores de Redes (operativa y ejecutora)</i>.</p>
2	Estimación del consumo de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios	<p>La <i>dirección de atención individual de la red (operativa y ejecutora)</i>, considerando las características de la población objetivo, <b>define</b> su perfil epidemiológico.</p> <p>Luego <b>calcula</b> las metas de servicio para el periodo determinado y tomando en cuenta la cartera de servicios de los EESS de su ámbito, <b>establece</b> el volumen de prestaciones.</p> <p>El siguiente paso es asociar el volumen de prestaciones con los productos farmacéuticos que serán necesarios. Sobre esta base <b>estima</b> la necesidad de medicamentos.</p> <p>La <i>dirección de atención individual (responsable de medicamentos) de la Red Ejecutora</i> <b>asesora</b> en este procedimiento.</p>
3	Realizar la validación y ajuste de la estimación	<p>El <i>responsable de la oficina de administración de recursos de la red (operativa y ejecutora)</i>, <b>calcula</b> el consumo histórico de productos farmacéuticos e insumos médicos.</p> <p>El <i>responsable de la oficina de gestión de información de la red (operativa y ejecutora)</i> <b>controla</b> la calidad de la información generada en su jurisdicción.</p> <p>La <i>dirección de atención individual (responsable de medicamentos) de la red (operativa y ejecutora)</i> valida y realiza los ajustes de la estimación de acuerdo con las metas regionales, tratando de</p>

		estandarizar los productos y el consumo.
4	Elaborar la programación de compras.	<p>El responsable de la oficina de administración de recursos de la red (operativa y ejecutora) <b>calcula</b> el inventario actualizado por ítem. Es necesario que este sea un reflejo fiel de las existencias físicas en los almacenes y establecimientos de salud de su ámbito.</p> <p>El responsable de la dirección de atención individual (responsable de medicamentos) de la red (operativa y ejecutora) <b>supervisa</b> este cálculo. Se recomienda control y monitoreo permanente sobre la calidad de información que se genera en su jurisdicción.</p> <p>La dirección de atención individual (responsable de medicamentos), en coordinación con el responsable de la oficina de administración de recursos (responsable almacén especializado de medicamentos) de la red (operativa y ejecutora) <b>define</b> el inventario de seguridad. Previamente deben estar clara y explícitamente establecidos los criterios que guiarán esta decisión.</p> <p>La dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos) de la red ejecutora <b>Consolida y controla</b> la información de inventarios en su jurisdicción.</p> <p>La oficina de administración de recursos de la red unidad ejecutora (logística) en forma conjunta con la dirección de atención individual (responsable de medicamentos) de la red ejecutora <b>define</b> los precios por ítem.</p> <p>La oficina de administración de recursos de la red unidad ejecutora (logística) <b>determina</b> las órdenes de compra pendientes de atención de procesos en curso, y emite un consolidado de los ítems pendientes de ingresar.</p> <p>La dirección de atención individual (responsable de medicamentos) en coordinación con el responsable de la oficina de administración de recursos de la red unidad ejecutora con la información sobre consumo estimado por ítem, precios por ítem, inventarios actualizados, inventarios de seguridad y órdenes de compra pendientes de atención <b>elabora</b></p>

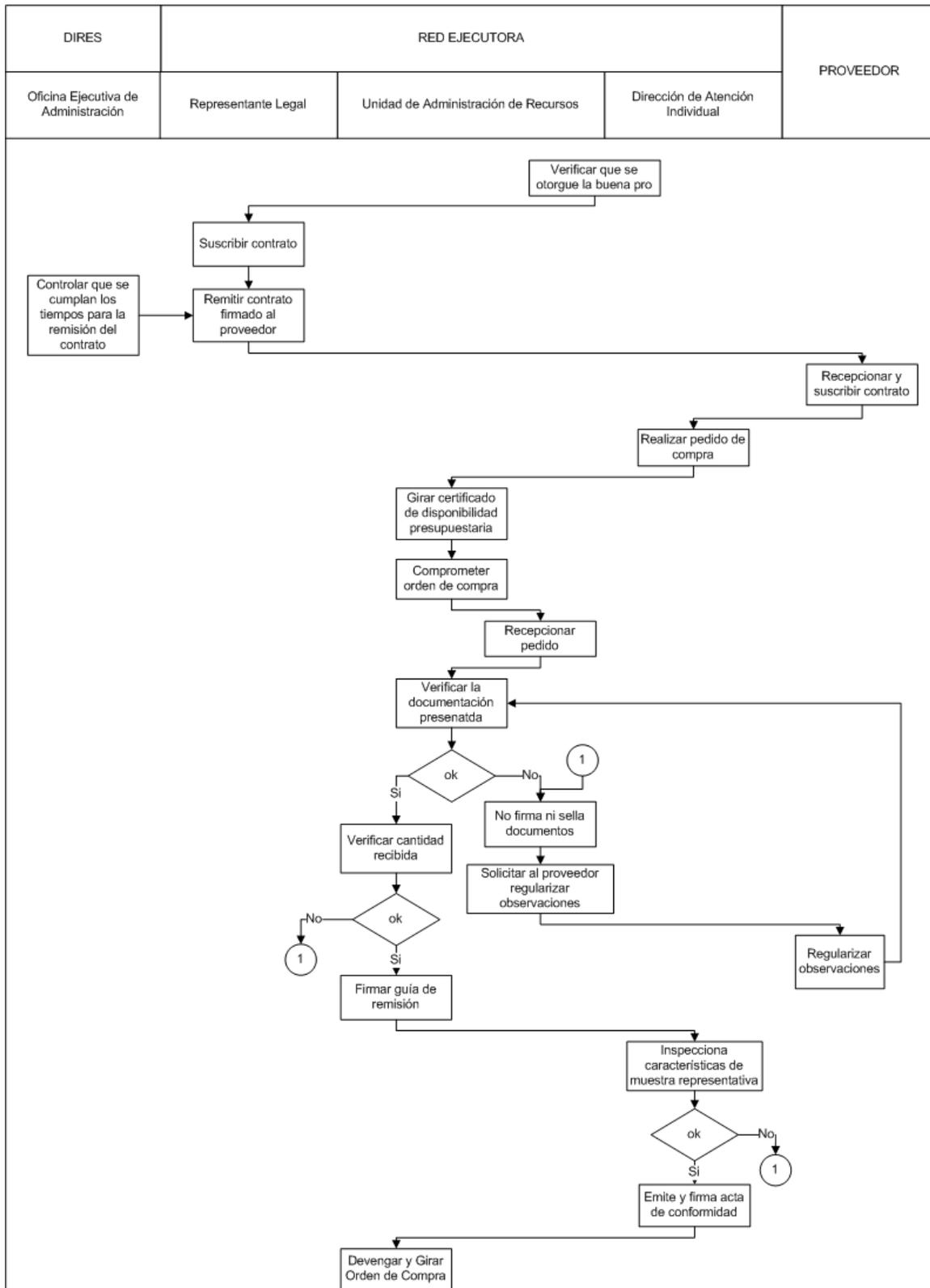
		la programación de compras.
5	Elaborar el cronograma de entregas.	<p>La <i>dirección de atención individual (responsable medicamentos)</i> en coordinación con la <i>oficina de administración de recursos de la red operativa</i>, <b>estima</b> las fechas en que debe recibir los ítems a ser adquiridos, de acuerdo a las necesidades de los establecimientos de salud de su jurisdicción.</p> <p>La <i>oficina de administración de recursos de la red ejecutora</i> <b>controla</b> y <b>consolida</b> esta información, la <b>envía</b> a la <i>dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i> correspondiente.</p> <p>Las <i>direcciones de atención individual de la red unidad ejecutora</i>, con la información sobre compras en unidades estimadas por ítem y las fechas en que los ítems deben ser recibidos en las redes operativas <b>elaboran</b> el cronograma de entregas.</p> <p>El <i>responsable de la oficina de planificación y gestión sanitaria de la red unidad ejecutora</i> <b>participa</b> en la elaboración del cronograma de entregas.</p>
6	Ajustar programación con el techo presupuestal	<p>El <i>responsable de la oficina de planificación y gestión sanitaria de la red unidad ejecutora</i>, la <i>oficina de administración de recursos</i> y la <i>dirección de atención individual (responsable de medicamentos)</i>, con la proyección de compras en soles y el cronograma de entregas, realizan el <b>ajuste</b> de la programación con el techo presupuestal.</p>
7	Elaborar la programación presupuestal	<p>El <i>responsable de la oficina de administración de recursos de la red unidad ejecutora</i> en coordinación con la <i>oficina de planificación y gestión sanitaria</i> <b>define</b> las fuentes de financiamiento por ítem y las fechas estimadas de disponibilidad de fondos.</p> <p>Sobre la información generada <b>realiza</b> la programación presupuestal.</p> <p>Tomando como referencia el cronograma de entregas previamente elaborado y la programación presupuestal, el <i>responsable de la oficina de administración de recursos de la red unidad ejecutora</i> realiza la inclusión el plan anual de</p>

		contrataciones.  Todos los reajustes a esta programación presupuestal <b>serán coordinados</b> con los <i>responsables de las direcciones de atención individual (gestión de medicamentos y estrategias sanitarias.)</i>	
<b>Sub Proceso: Programación</b>	Listado de Actividades  <b>Versión Validada</b>	Fecha Actualización: <b>Enero 2012</b>	

**b. Adquisición**

El subproceso de adquisición detalla los procedimientos para ejecutar la compra corporativa nacional y la compra regional. Ambas serán realizadas por la red ejecutora. El subproceso inicia con la firma del contrato y termina con la recepción de los medicamentos e insumos.

**Cuadro # 6 Flujo del Sub Proceso Adquisición Nacional (CCN)**



Descripción de actividades que se realizan en el sub proceso de Adquisición: Compra Nacional

No.	Actividad	Descripción
1	Verificar se otorgue la buena pro	La <i>oficina de administración de recursos de la red unidad ejecutora (responsable de logística)</i> en coordinación con la <i>dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i> , está pendiente del proceso de la compra corporativa nacional y <b>verifica</b> que ítems han sido adjudicados y cuales declarados desiertos. Esta actividad debe continuar hasta que todos los ítems incluidos en la compra corporativa nacional han sido adjudicados y/o los que han sido declarados desiertos se hayan liberado para sus compras regionales.
2	Recepción y suscripción del contrato de adquisición	El <i>Administrador o representante legal de la red unidad ejecutora</i> <b>suscribe</b> el contrato una vez que lo recibe. La <i>unidad de administración de recursos de la red</i> debe recibir una copia de este documento. Es importante la celeridad de este trámite.
3	Remitir contrato de adquisición firmado	La <i>dirección de la red ejecutora</i> <b>remite</b> el contrato firmado al proveedor.  La <i>oficina ejecutiva de administración de la DIRES</i> <b>controla</b> que se cumplan los tiempos para la remisión del contrato.
4	Realizar pedido de compra	La <i>dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i> , registra su pedido de compra en el Sistema de Gestión Administrativa (SIGA), previa verificación de la disponibilidad presupuestaria.
5	Girar certificado de disponibilidad presupuestaria	La <i>unidad de administración de recursos de la red unidad ejecutora</i> , <b>gira</b> el certificado de disponibilidad presupuestaria en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).
6	Comprometer orden de compra	La <i>unidad de administración de recursos de la red ejecutora (logística)</i> <b>compromete</b> la orden de compra y la envía al proveedor

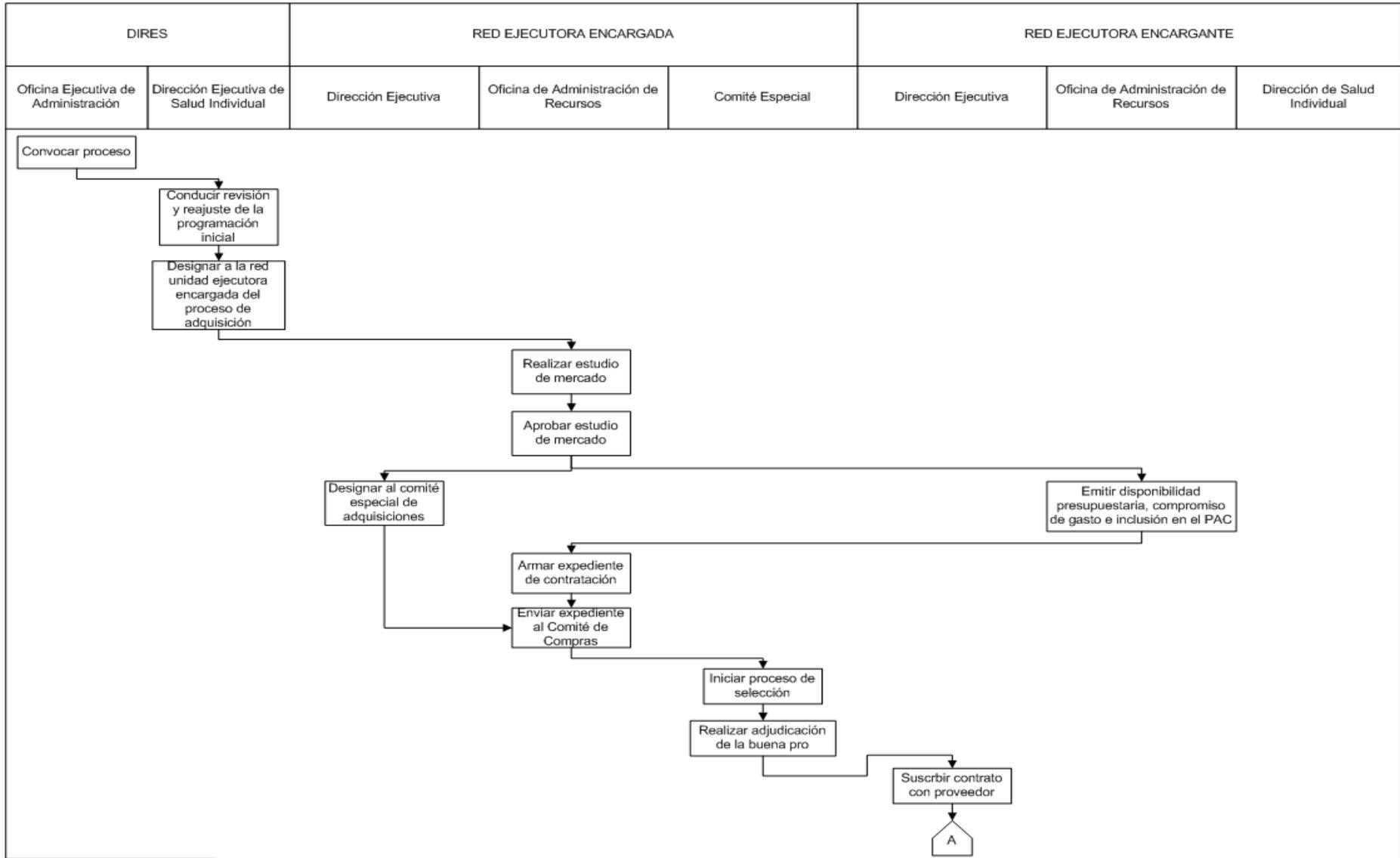
		<p>(contratista). Se debe tener en cuenta que esta orden de compra será remitida al contratista por un medio previamente acordado (fax, correo electrónico, etc.) y que existe la obligación de recepcionarla y confirmarla.</p> <p>La orden de compra debe especificar los días de plazo que tiene el proveedor para efectuar la entrega y que la fecha de expiración de los ítems contratados debe ser mayor a dos años.</p> <p>La <i>Dirección Ejecutiva de Salud Integral (DESI)</i> <b>monitoriza</b> y <b>controla</b> que se cumplan los tiempos para la emisión y confirmación de la orden de compra.</p>
7	Recepción de pedido	<p>La <i>unidad de administración de recursos de la red unidad ejecutora</i> conjuntamente con la <i>dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i>, al recibir los ítems comprendidos en la orden de compra correspondiente <b>verifica</b> que el plazo de entrega y la documentación adjunta, se ajuste a los términos del contrato de adquisición.</p> <p>La <i>oficina de administración de recursos de la red unidad ejecutora DIRES</i> es <b>responsable</b> que se cumpla con la verificación y si fuera el caso, la aplicación de multas y sanciones.</p>
8	Verificar la documentación presentada	<p>Como primer paso en la recepción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y/o productos sanitarios la <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el de gestión de medicamentos)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> <b>verifica</b> la documentación presentada. Se debe revisar la siguiente información: nombre del producto, concentración y forma farmacéutica (cuando corresponda), fabricante, presentación, cantidad solicitada, certificado analítico del fabricante (los datos deben coincidir con los que figuran en la etiqueta), denominación del</p>

		<p>ítem (grado o tipo), nombre del fabricante y proveedor, fecha de elaboración y vencimiento y el número de lote, y otros documentos e información establecida en la orden de compra o requerimiento.</p>
9	Documentación no conforme	<p>Si la documentación presentada no es conforme, la <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> <b>no debe</b> firmar ni sellar la guía de remisión y <b>debe</b> solicitar al proveedor la regularización de la documentación.</p> <p>La fecha de ingreso que se debe colocar es la fecha en que se completó toda la documentación.</p>
10	Verificar la Cantidad recibida	<p>La <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> <b>verifica</b> la cantidad recibida y si no concuerda, <b>no debe</b> firmar la guía de remisión y solicita la regularización al proveedor.</p>
11	Firmar la guía de recepción	<p>La <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i>, luego de encontrar toda la documentación presentada conforme y que esta se ajusta a las cantidades señaladas en la guía de remisión, de acuerdo a lo orden de compra girada al proveedor, <b>firma</b> la guía del transportista dando conformidad al número de bultos recibidos. En este proceso, siempre deben intervenir dos personas.</p> <p>La <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> dará <b>conformidad/veracidad</b> a través de la anotación de este ingreso en el cuaderno de registro del día, el mismo que deberá encontrarse permanentemente actualizado.</p>

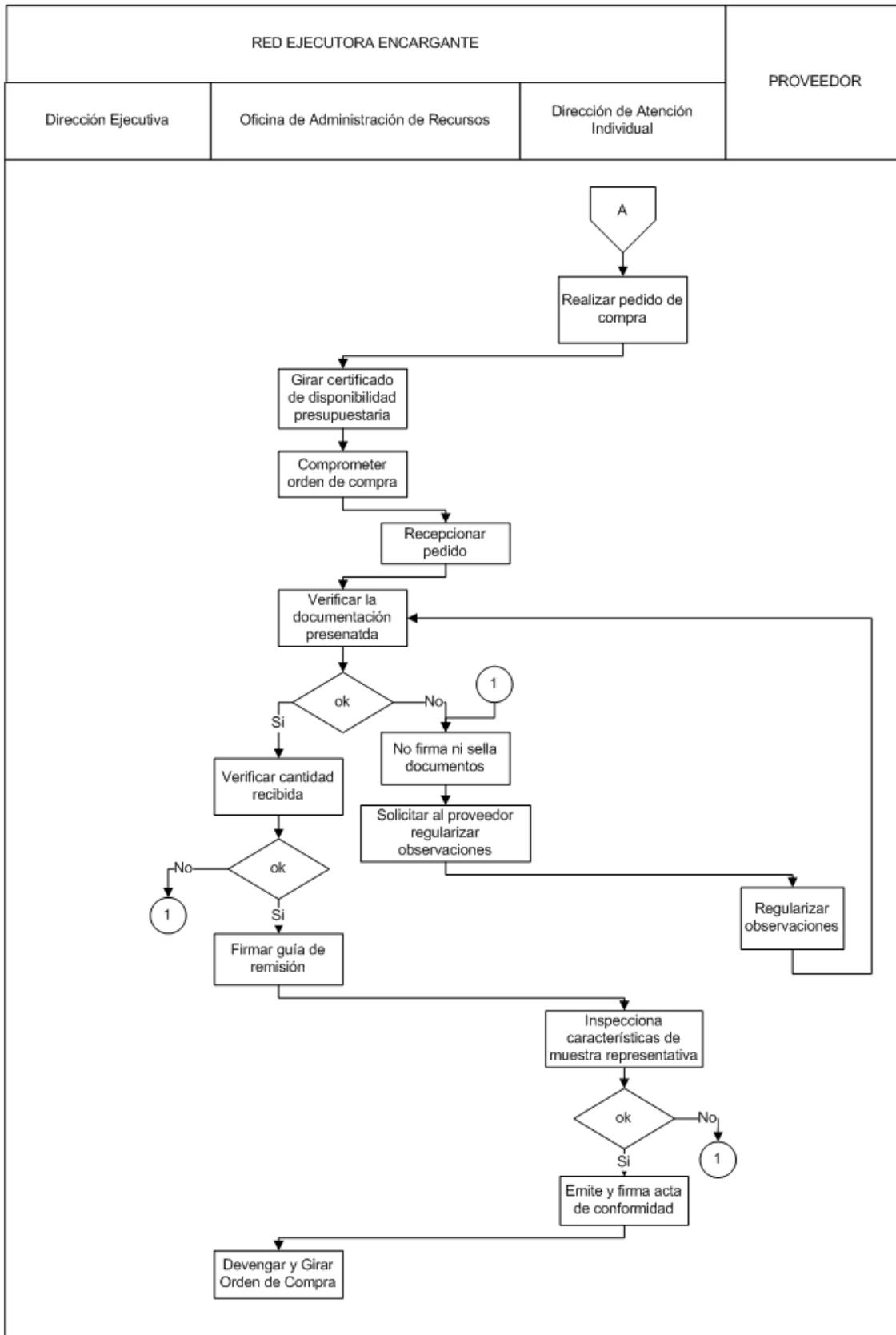
12	Inspección de las características de muestra representativa (muestreo)	<p>La <i>dirección de atención individual (responsable de control de calidad)</i> procede a realizar el análisis de las características organolépticas de una muestra representativa. La inspección incluye la revisión del embalaje (limpio, no arrugado, no quebrado, no húmedo y que se encuentre cerrado), el envase (identificación correspondiente, limpio, liso, integro, seco y que se encuentre cerrado, que no se observen manchas, grietas, rajaduras, que el sello sea seguro, que no estén deformados), los rótulos (legibles; indelebiles; las etiquetas deben tener el nombre del producto, concentración, forma farmacéutica, forma de presentación, número de lote, fecha de vencimiento, registro sanitario, identificación del fabricante y condiciones de almacenamiento), por último se debe inspeccionar el contenido, siempre que no haya riesgo de alteración de los mismos.</p> <p>Todo este proceso se debe registrar en la ficha de evaluación técnica correspondiente, la misma que debe ser completada.</p>
13	Productos no aprueban el muestreo	<p>Si los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y/o productos sanitarios no aprueban el muestreo, La <i>dirección de atención individual (responsable de control de calidad)</i> de la <b>red no los acepta e informa</b> al proveedor para su regularización.</p>
14	Emitir acta de recepción de orden de compra	<p>La <i>dirección de atención individual (responsable de control de calidad)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i>, al momento de recibir los ítems comprendidos en las órdenes de compra giradas, <b>emite</b> un informe de no cumplimiento o de conformidad y lo envía a la <i>unidad de administración de recursos (logística)</i>. Esta área <b>calcula</b>, si fuera el caso, el monto de la multa e <b>informa</b> a la <i>oficina de economía</i>.</p>
15	Devengar y girar orden de compra	<p>La <i>unidad de administración de recursos</i> de la <i>red ejecutora</i>, a través de la <i>oficina de economía</i> <b>paga</b> al proveedor, descontando</p>

		de documento de pago, si fuera el caso, las multas por incumplimiento en los plazos pactados.	
<b>Sub Proceso: Compra Corporativa Nacional</b>	Listado de Actividades <b>Versión Validada</b>	Fecha Actualización: <b>Enero 2012</b>	

**Cuadro # 7 Flujo del Sub Proceso Adquisición Regional (CCR)**



**Cuadro # 8 Flujo del Sub Proceso Adquisición Regional(CCR)**



Descripción de actividades que se realizan en el sub proceso de Adquisición: Compra Regional

No.	Actividad	Descripción
1	Convocatoria al proceso	La convocatoria para el proceso de compra regional es realizada por la <i>dirección general</i> de la <i>DIRES</i> a propuesta de la <i>Dirección Ejecutiva de Salud Integral – DESI</i> , durante el último trimestre del ejercicio presupuestal anterior.
2	Reajuste de la programación inicial	Esta actividad se realiza a iniciativa de la <i>Dirección Ejecutiva de Salud Integral</i> a través de su <i>responsable de medicamentos</i> de acuerdo a como está descrita en la parte correspondiente al proceso de programación y se utiliza para la adquisición de productos declarados desiertos en la compra corporativa nacional (CCN) y los procesos de adquisición de alcance regional.
3	Designar a la red unidad ejecutora encargada del proceso de ejecución	<p>La <i>oficina ejecutiva de administración de la DIRES</i> <b>designa</b>, de acuerdo a criterios explícitamente acordados con anterioridad al inicio del proceso, que red unidad ejecutora será la encargada de llevar a cabo al proceso de adquisición (elaborar expediente y adjudicar la buena pro).</p> <p>Esta actividad es conducida con la participación del <i>Director Ejecutivo de Salud Integral (DESI)</i>.</p>
4	Realizar estudio de mercado	La <i>oficina de administración de recursos (logística)</i> de la <i>red ejecutora</i> encargada <b>realiza</b> el estudio de mercado de los ítems a comprar en coordinación con la <i>dirección de salud individual (encargado de gestión de medicamentos)</i>
5	Aprobación del estudio de mercado	Una vez realizado el estudio de mercado, el <i>jefe de la oficina de administración de recursos</i> de la <i>red unidad ejecutora encargante</i> , <b>aprueba</b> el estudio de mercado.
6	Elaborar expediente	La <i>unidad de administración de recursos de la red</i> encargada de ejecutar el proceso de selección, con participación de las áreas

		usuarias de las redes unidades ejecutoras encargantes, <b>elabora</b> el expediente de adquisición, de acuerdo a lo solicitado, indicando el valor referencial, la modalidad de selección, el sistema de contratación, etc.
7	Emitir disponibilidad presupuestaria	Una vez se determina el valor referencial de la contratación, la <i>unidad de administración de recursos</i> de las <i>redes ejecutoras</i> encargantes <b>verifican y emiten</b> la disponibilidad presupuestaria en el sistema integrado de administración financiera, SIAF, compromiso de gasto e inclusión en su PAC.
8	Designación del Comité de Adquisiciones	El titular de la red encargada mediante una resolución directoral designa al comité especial que se encargará de organizar, conducir y ejecutar el proceso de selección hasta que la buena pro quede consentida.
9	Armar y enviar expediente al comité especial	La <i>unidad de administración de recursos</i> de la <i>red ejecutora</i> encargada del proceso de selección envía el expediente de contratación aprobado con toda la información técnica y económica necesaria, al comité especial.
10	Iniciar el proceso de selección del proveedor	El <i>comité especial de la red unidad ejecutora</i> encargada del proceso de selección <b>elabora</b> las bases, las envía para su <b>aprobación</b> a la dirección general de la red encargada e inicia el proceso.
11	Adjudicación de la buena pro.	El <i>comité especial de la red unidad ejecutora</i> encargada del proceso de selección, <b>adjudica</b> la buena pro a la propuesta ganadora.
12	Suscripción del contrato de adquisición	Los representantes legales de las <i>redes unidades ejecutora</i> encargantes <b>suscriben</b> el contrato una vez que lo reciben. La Oficina de <i>administración de recursos de las redes encargantes</i> deben recibir una copia de este documento. Es importante la celeridad de este trámite.
13	Realizar pedido de compra	La <i>dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i> , registra su pedido de compra en el Sistema de Gestión Administrativa (SIGA), previa

		verificación de la disponibilidad presupuestaria.
14	Girar certificado de disponibilidad presupuestaria	La <i>unidad de administración de recursos</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> , <b>gira</b> el certificado de disponibilidad presupuestaria en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).
15	Comprometer orden de compra	<p>La <i>unidad de administración de recursos</i> de la <i>red ejecutora (logística)</i> <b>compromete</b> la orden de compra y la envía al proveedor (contratista). Se debe tener en cuenta que esta orden de compra será remitida al contratista por un medio previamente acordado (fax, correo electrónico, etc.) y que existe la obligación de recepcionarla y confirmarla.</p> <p>La orden de compra debe especificar los días de plazo que tiene el proveedor para efectuar la entrega y que la fecha de expiración de los ítems contratados debe ser mayor a dos años.</p> <p>La <i>Dirección Ejecutiva de Salud Integral (DESI)</i> <b>monitoriza</b> y <b>controla</b> que se cumplan los tiempos para la emisión y confirmación de la orden de compra.</p>
16	Recepción de pedido	<p>La <i>unidad de administración de recursos</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> conjuntamente con la <i>dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i>, al recibir los ítems comprendidos en la orden de compra correspondiente <b>verifica</b> que el plazo de entrega y la documentación adjunta, se ajuste a los términos del contrato de adquisición.</p> <p>La <i>oficina de administración de recursos</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> es <b>responsable</b> que se cumpla con la verificación y si fuera el caso, la aplicación de multas y sanciones.</p>
17	Verificar la documentación presentada	Como primer paso en la recepción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y/o productos sanitarios la <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el de gestión de medicamentos)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> <b>verifica</b> la documentación presentada. Se debe revisar la siguiente

		<p>información: nombre del producto, concentración y forma farmacéutica (cuando corresponda), fabricante, presentación, cantidad solicitada, certificado analítico del fabricante (los datos deben coincidir con los que figuran en la etiqueta), denominación del ítem (grado o tipo), nombre del fabricante y proveedor, fecha de elaboración y vencimiento y el número de lote, y otros documentos e información establecida en la orden de compra o requerimiento.</p>
18	Documentación no conforme	<p>Si la documentación presentada no es conforme, la <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> <b>no debe</b> firmar ni sellar la guía de remisión y <b>debe</b> solicitar al proveedor la regularización de la documentación.</p> <p>La fecha de ingreso que se debe colocar es la fecha en que se completó toda la documentación.</p>
19	Verificar la Cantidad recibida	<p>La <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i> <b>verifica</b> la cantidad recibida y si no concuerda, <b>no debe</b> firmar la guía de remisión y solicita la regularización al proveedor.</p>
20	Firmar la guía de recepción	<p>La <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i>, luego de encontrar toda la documentación presentada conforme y que esta se ajusta a las cantidades señaladas en la guía de remisión, de acuerdo a lo orden de compra girada al proveedor, <b>firma</b> la guía del transportista dando conformidad al número de bultos recibidos. En este proceso, siempre deben intervenir dos personas.</p> <p>La <i>unidad de administración de recursos (responsable del almacén especializado de medicamentos o el que corresponda)</i> dará</p>

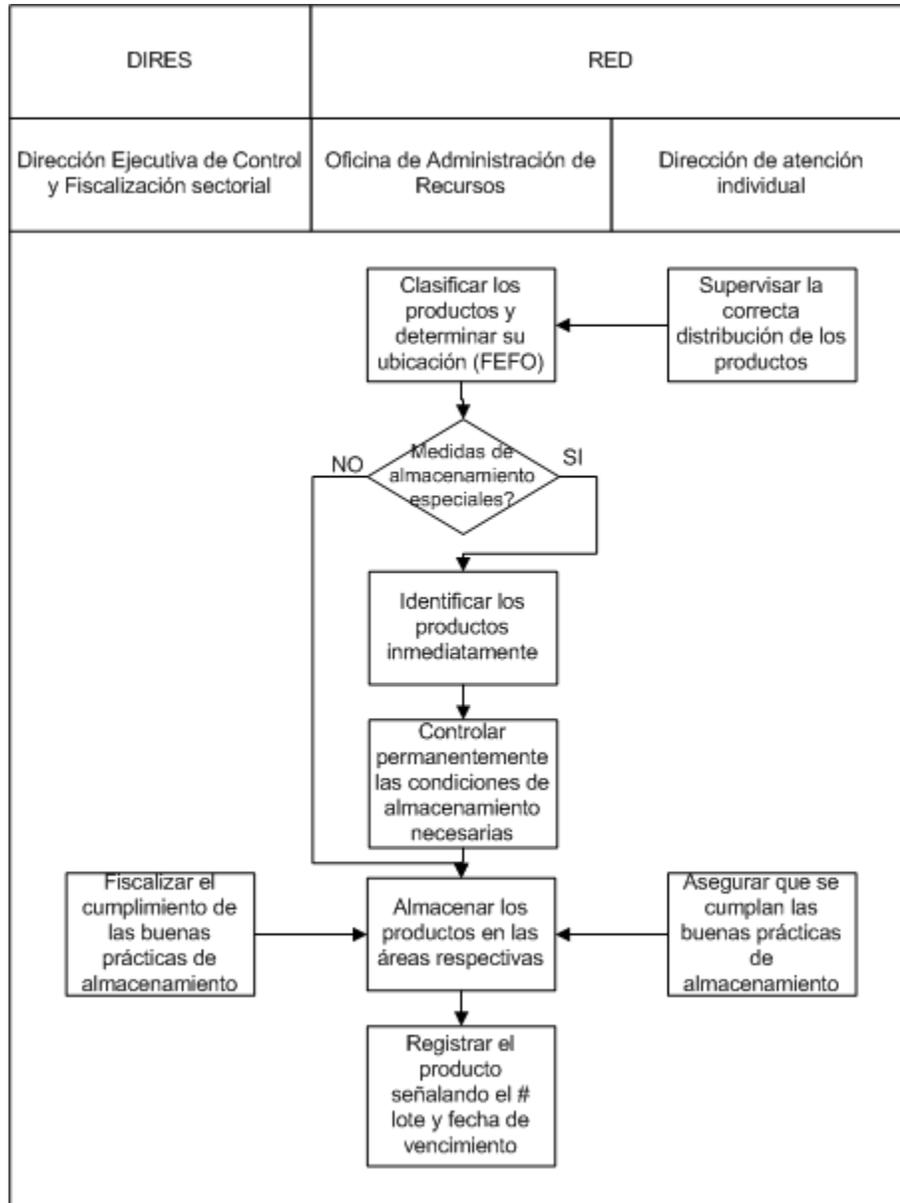
		<p><b>conformidad/veracidad</b> a través de la anotación de este ingreso en el cuaderno de registro del día, el mismo que deberá encontrarse permanentemente actualizado.</p>
21	<p>Inspección de las características de muestra representativa (muestreo)</p>	<p>La <i>dirección de atención individual (responsable de control de calidad)</i> procede a realizar el análisis de las características organolépticas de una muestra representativa. La inspección incluye la revisión del embalaje (limpio, no arrugado, no quebrado, no húmedo y que se encuentre cerrado), el envase (identificación correspondiente, limpio, liso, íntegro, seco y que se encuentre cerrado, que no se observen manchas, grietas, rajaduras, que el sello sea seguro, que no estén deformados), los rótulos (legibles; indelebiles; las etiquetas deben tener el nombre del producto, concentración, forma farmacéutica, forma de presentación, número de lote, fecha de vencimiento, registro sanitario, identificación del fabricante y condiciones de almacenamiento), por último se debe inspeccionar el contenido, siempre que no haya riesgo de alteración de los mismos.</p> <p>Todo este proceso se debe registrar en la ficha de evaluación técnica correspondiente, la misma que debe ser completada.</p>
22	<p>Productos no aprueban el muestreo</p>	<p>Si los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y/o productos sanitarios no aprueban el muestreo, La <i>dirección de atención individual (responsable de control de calidad)</i> de la <b>red no los acepta e informa</b> al proveedor para su regularización.</p>
23	<p>Emitir acta de recepción de orden de compra</p>	<p>La <i>dirección de atención individual (responsable de control de calidad)</i> de la <i>red unidad ejecutora</i>, al momento de recibir los ítems comprendidos en las órdenes de compra giradas, <b>emite</b> un informe de no cumplimiento o de conformidad y lo envía a la <i>unidad de administración de recursos (logística)</i>. Esta área <b>calcula</b>, si fuera el caso, el monto de la multa e <b>informa</b> a la <i>oficina de economía</i>.</p>

24	Devengar y girar orden de compra	La <i>unidad de administración de recursos</i> de la <i>red ejecutora</i> , a través de la <i>oficina de economía</i> <b>paga</b> al proveedor, descontando de documento de pago, si fuera el caso, las multas por incumplimiento en los plazos pactados.	
<b>Sub Proceso: Compra Regional</b>		Listado de Actividades <b>Versión Validada</b>	Fecha Actualización: <b>Enero 2012</b>

**c. Almacenamiento**

El almacenamiento es la acción y efecto de guardar en un almacén. El subproceso de almacenamiento de medicamentos e insumos tiene como finalidad que se cumplan con las buenas prácticas para la recepción, inspección y almacenamiento.

**Cuadro # 9 Flujo del Sub Proceso Almacenamiento**



## Descripción de actividades que se realizan en el sub proceso de Almacenamiento

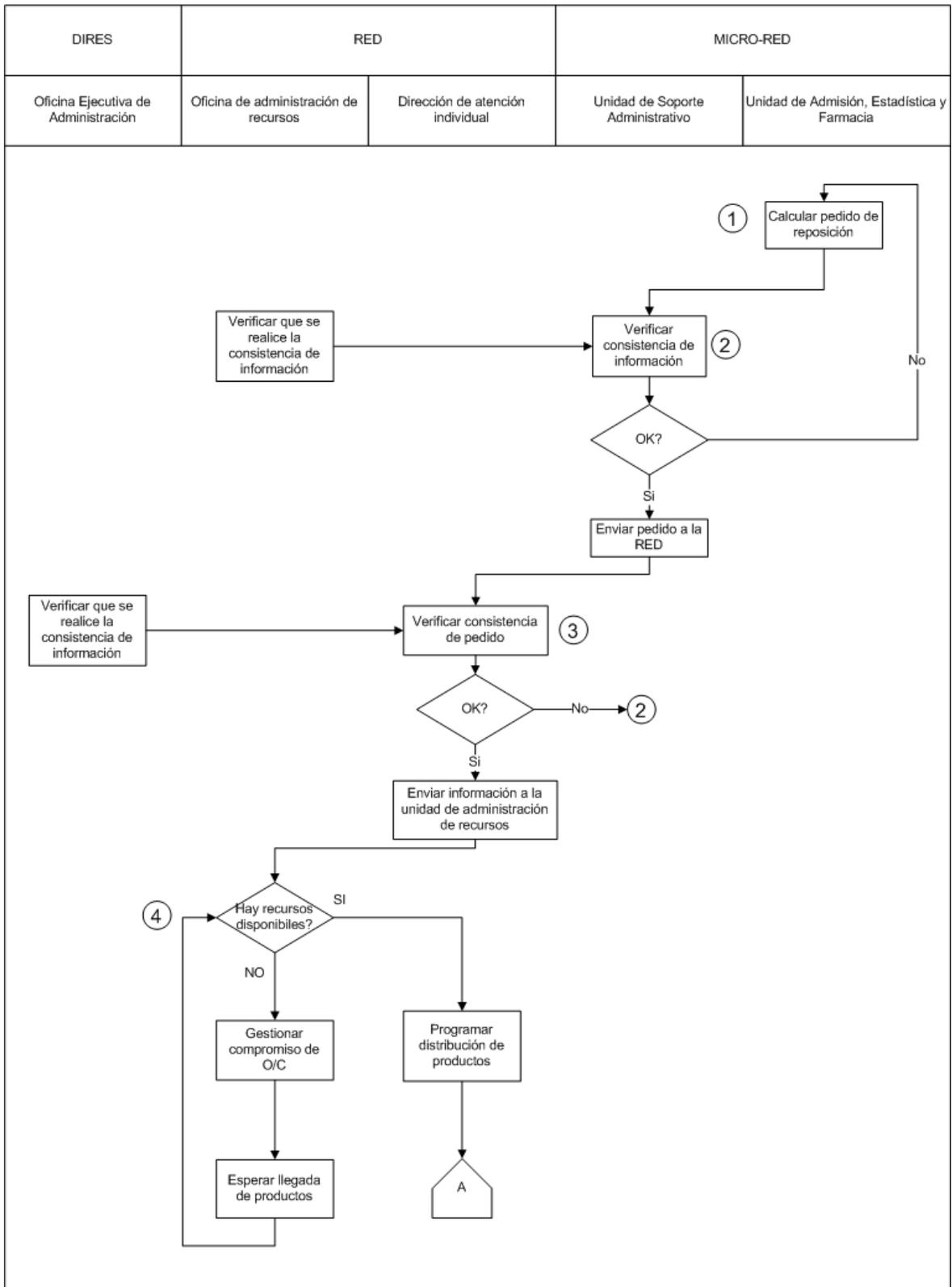
No.	Actividad	Descripción
1	Clasificación de productos	<p>Una vez verificada la documentación y calidad de los productos, <i>la oficina de administración de recursos (responsable o jefe del almacén especializado)</i> de la red <b>clasifica</b> los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y/o productos sanitarios y determina su ubicación de acuerdo al criterio primero en expirar primero en salir (siglas FEFO en ingles).</p> <p><i>La dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i> de la red <b>supervisa</b> la correcta distribución de los productos en el almacén.</p>
2	Productos con medidas especiales de almacenamiento	<p>El <i>responsable o jefe del almacén especializado de medicamentos</i> de la <i>oficina de administración de recursos</i> de la red <b>identifica</b> inmediatamente los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y/o productos sanitarios que requieren condiciones especiales de almacenamiento, de acuerdo a las instrucciones escritas y las <b>controla</b> permanentemente (temperatura, intensidad de luz, productos a granel, etc.).</p>
3	Almacenar productos en las áreas respectivas	<p>El <i>responsable o jefe del almacén especializado de medicamentos</i> de la <i>oficina de administración de recursos</i> de la red considerando la clase terapéutica, orden alfabético, forma farmacéutica, entre otros, los <b>ordena</b> en el almacén.</p> <p><i>La dirección de atención individual (responsable de gestión de medicamentos)</i> de la red <b>supervisa</b> que se cumplan las buenas prácticas de almacenamiento.</p> <p><i>La Dirección de regulación y fiscalización sectorial</i> <b>fiscaliza</b> el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento.</p>
4	Registrar el producto	<p>El <i>responsable o jefe del almacén especializado de medicamentos</i> de la <i>oficina</i></p>

		<i>de administración de recursos de la red</i> <b>registra</b> el producto señalando el número del lote, código de ubicación, código del producto, descripción del producto, número de registro sanitario y fecha de vencimiento.	
<b>Sub Proceso: Almacenamiento</b>		Listado de Actividades  <b>Versión Validada</b>	Fecha Actualización: <b>Enero 2012</b>

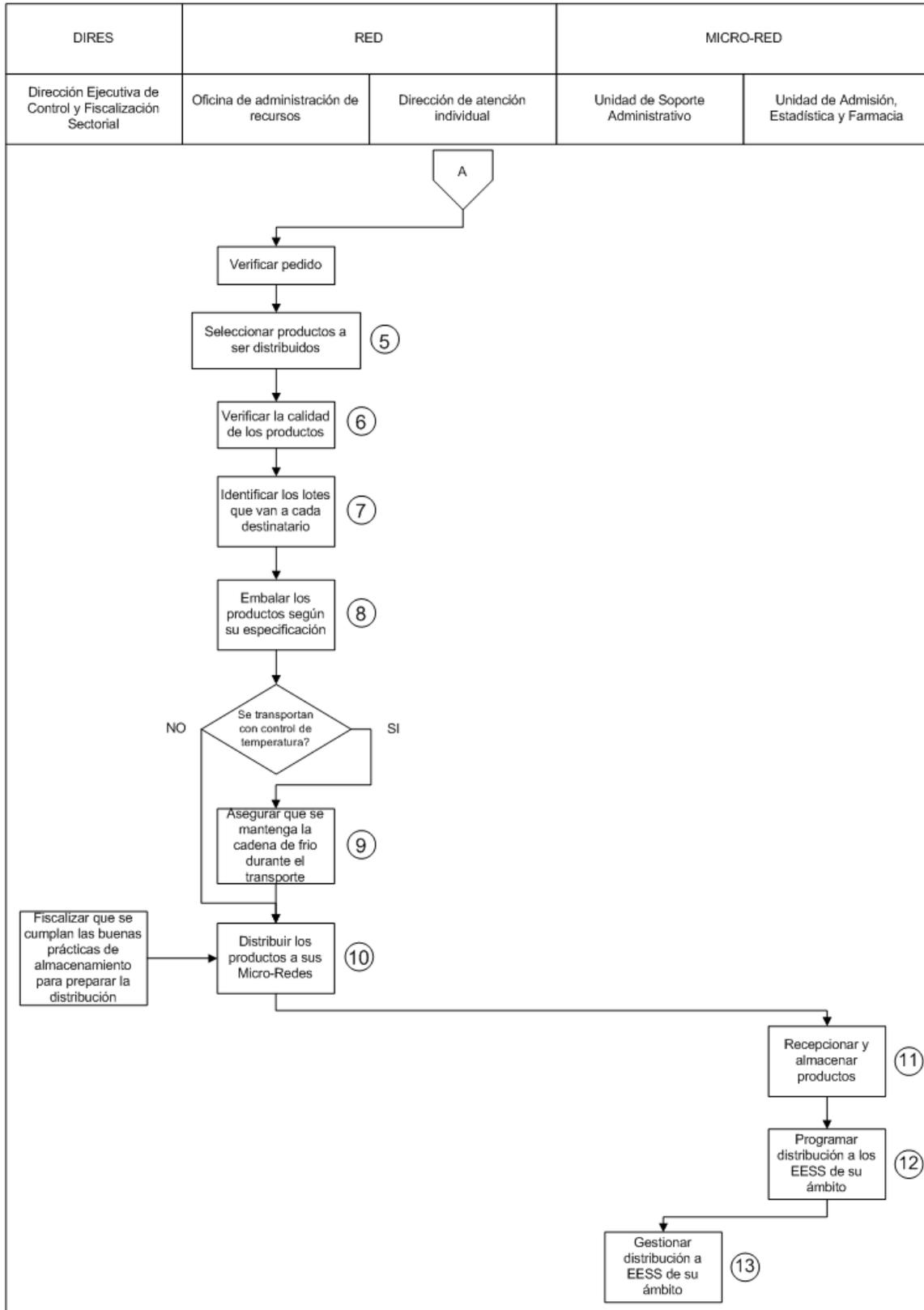
**d. Distribución**

La distribución consiste en un conjunto de actividades necesarias para llevar los productos desde el punto de fabricación hasta el lugar en el que esté disponible para el usuario final, incluidos procedimientos para asegurar su calidad.

**Cuadro # 10 Flujo del Sub Proceso Distribución 1**



**Cuadro # 11 Flujo del Sub Proceso Distribución 2**



## Descripción de actividades que se realizan en el sub proceso de Distribución

No.	Actividad	Descripción
1	Calculo de pedido de reposición	El <i>responsable de la unidad de admisión, estadística y farmacia de la micro red programa</i> su pedido sobre la base de la reposición del consumo esperado para un determinado periodo, en los establecimientos de salud de su jurisdicción. Debe coordinar con las unidades responsables de estrategias sanitarias.
2	Verificar consistencia de información	<i>La unidad de soporte administrativo de la micro red verifica</i> la consistencia de la información de inventarios (es función de la oficina de administración de recursos de la red verificar que se realice la consistencia de información) y envía el pedido a la <i>dirección de atención individual de la red</i> . Esta actividad se debe hacer en coordinación con la parte técnico-sanitaria. Las responsables de estrategias sanitarias envían solicitud a la coordinadora de la estrategia de la Red, quien la remite al responsable de medicamentos de la Red.
3	Verificar Consistencia de pedido	<i>La dirección de atención individual de la red verifica</i> la información obtenida (puede compararla con la programación de compras realizada) y de ser consistente con el pedido, lo <b>envía</b> a la oficina <i>de administración de recursos de la red</i> para programar la distribución (Sub-Almacén).  <i>La Oficina Ejecutiva de Administración de la DIRES debe</i> asegurarse que la red realice la verificación de la información recibida.
4	Verificar si se cuenta con los productos disponibles y programar la distribución	Cuando la <i>de la Red Unidad Ejecutora</i> recibe el pedido de reposición, <b>verifica</b> a través de la <i>Oficina de administración de recursos (responsable de almacén especializado)</i> , si cuenta en su almacén con los ítems solicitados. De no contar con los productos deberá gestionar el compromiso de la O/C y esperar por la llegada de los productos. Si cuenta con los productos solicitados <i>la dirección de atención individual (responsable</i>

		<i>de gestión de medicamentos)</i> <b>programa</b> la distribución de estos.
5	Seleccionar los ítems a ser distribuidos	Son los procedimientos necesarios para asegurar que los medicamentos e insumos a ser distribuidos cuenten con los estándares de calidad y se evite toda confusión. Este procedimiento se puede realizar del mismo modo en la micro red. Cuando se haya programado la distribución, <i>la oficina de administración de recursos de la red</i> <b>Selecciona</b> los medicamentos e insumos. Primero verificará el pedido y seleccionará los productos según el sistema FEFO (primero en expirar primero en salir), debe verificar que los productos seleccionados sean los productos solicitados.
6	Verificar la calidad de los productos	<i>El responsable del almacén de medicamentos de la oficina de administración de recursos,</i> <b>verifica</b> la calidad de los productos a ser distribuidos.
7	Identificar los lotes que van a cada destinatario	Antes de proceder al embalaje, <i>el responsable del almacén de medicamentos de la oficina de administración de recursos</i> <b>identifica</b> los lotes que van a cada destinatario.
8	Embalaje de productos	<i>El responsable del almacén de medicamentos de la oficina de administración de recursos de la red,</i> <b>embala</b> los productos según su especificación, asegurándose que el etiquetado no sea fácilmente desprendible y que se identifiquen los lotes que van a cada destinatario.
9	Asegurar condiciones de transportes	Si los productos requieren almacenamiento a temperatura controlada, <i>el responsable del almacén de medicamentos de la oficina de administración de recursos,</i> en coordinación con el responsable de logística, <b>asegura</b> que sean transportados por medios especializados para no romper la cadena de frío.
10	Distribuir los productos a las micro redes.	<i>El responsable del almacén de medicamentos,</i> en coordinación con <i>el responsable de logística de la oficina de administración de recursos,</i> <b>distribuye</b> los ítems solicitados a la micro red.  <i>La Dirección Ejecutiva de Control y</i>

		<i>Fiscalización de la DIRES controla</i> que se cumplan las buenas prácticas de almacenamiento para preparar para la distribución.	
11	Recepcionar y almacenar productos	<i>El responsable de farmacia</i> de la micro red, se encarga de la recepción y almacenamiento de los productos farmacéuticos de los EESS.	
12	Programar distribución a EESS de su ámbito	<i>El responsable de farmacia</i> , se encarga de hacer la programación para la distribución de los productos a los EESS de su ámbito, haciendo las coordinaciones con la <i>oficina de soporte administrativo</i> para el transporte.	
13	Gestionar distribución a los EESS de su ámbito	<i>El responsable de la oficina de soporte administrativo</i> , se encarga de gestionar la distribución de los productos farmacéuticos a los EESS del ámbito de el micro red, en las mejores condiciones y de acuerdo a la programación establecida por <i>el responsable de farmacia de la unidad de Admisión, estadística y farmacia</i> .	
<b>Sub Proceso: Distribución</b>		Listado de Actividades <b>Versión Revisada</b>	Fecha Actualización: <b>Enero 2012</b>